317

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

317

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

André THIBAULT
De la Faculté de Médecine de Paris

HISTOIRE CHIRURGICALE

DU

PHIMOSIS

Président : M. ALBARRAN, *professeur*

Juges { MM. QUENU, *professeur*
MARION, *agrégé*
AUVRAY, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Henri JOUVE, Éditeur
15, Rue Racine, 15

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBARRAN

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical du phimosis n'a cessé de donner prétexte à tant de travaux intéressants, que le praticien se fait difficilement une idée sur la meilleure conduite à tenir en face de cette malformation. Sur le conseil de notre maître, le professeur Longuet, que nous remercions de son concours précieux et dévoué, nous avons consacré notre thèse à cette question et nous nous sommes efforcé d'en faciliter la compréhension.

Nous avons d'abord rappelé dans un court chapitre les pratiques rituelles de la circoncision. Puis nous avons exposé les différentes méthodes curatives du phimosis, celles qui n'ont plus qu'un intérêt historique et celles qui sont employées actuellement par la grande majorité des chirurgiens. En dernier lieu, nous avons décrit un procédé nouveau dans lequel la correction de la difformité est obtenue sans la moindre exérèse et sans amputation.

Chemin faisant, nous avons établi une bibliographie assez étendue. Telles sont les grandes lignes de notre tâche.

Mais avant d'entrer dans le plein de notre sujet, il

nous reste à remercier ceux qui furent nos maîtres dans le cours de nos études médicales.

Nous tenons d'abord à exprimer à M. le professeur Bataille l'hommage de notre profonde reconnaissance. Il fut pour nous un maître éclairé et affectueux.

Nous nous souviendrons toujours des excellents conseils de MM. les professeurs Martin et Jeanne et de la bienveillance avec laquelle ils nous les donnèrent.

Que MM. Gargam, François Hue, Magniaux, Olivier, Derocque, Didier, qui dans les hôpitaux de Rouen nous initièrent à l'art médical, reçoivent nos remerciements pour leurs excellentes leçons.

Pendant notre séjour à Paris nous avons été stagiaire dans le service du professeur de Lapersonne ; nous avons conservé le souvenir de ses savantes cliniques.

Qu'il nous soit permis d'apporter un humble hommage à la mémoire de M. le professeur Budin chez lequel nous fîmes notre stage d'accouchements.

Nous prions M. le professeur Albarran de croire à toute notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Bien qu'il soit de tradition de ne se souvenir ici que de ceux qui ont guidé nos pas dans les études médicales, nous ne voulons pas terminer ce pèlerinage à la reconnaissance, sans citer le nom de notre ami Pierre Monnier. Nous avons vécu ensemble notre vie d'étudiant, nous avons partagé des joies commu-

nes, et ce n'est pas sans une émotion reconnaissante, qu'on se souvient d'avoir trouvé dans des circonstances difficiles ou douloureuses le réconfort d'une amitié fraternelle.

CHAPITRE I

LA PRATIQUE RITUELLE

Dans les temps les plus reculés, certaines pratiques religieuses comportaient dans leurs rites, l'excision au silex des enveloppes exubérantes ou non de la verge chez le nouveau-né ou le jeune enfant. Cette opération, dite *circoncision*, était et est restée un usage traditionnel chez les Hébreux, les Juifs et les Musulmans. La compétence nous manque pour aborder cette partie du sujet qui est en quelque sorte extra-médicale. Cependant quelques remarques personnelles trouvent ici une place toute naturelle. La chirurgie semble s'être laissée guider jusqu'ici par les pratiques empiriques car elle n'a fait que reproduire, en la perfectionnant toutefois la commune manœuvre d'excision.

De plus, la circoncision rituelle ressortit à la pathologie par les accidents qu'elle crée de temps à autre, comme les inoculations syphilitiques ou tuberculeuses avec manifestations locales, manifestations à distance dans les ganglions, accidents généraux.

En sorte que si la chirurgie s'est inspirée de la pratique rituelle, celle-ci en échange aurait tout à gagner à ne pas méconnaître la chirurgie.

Enfin il apparaît que le rite de la circoncision recèle une idée d'hygiène préventive, comme, par exemple, le jeûne des catholiques ; précaution qui dans l'espèce aurait pour abjectif de prémunir les sujets contre les accidents rétentionnels de tout ordre, et même contre les inoculations blennorragiques et syphilitiques ; but qui d'ailleurs n'est pas atteint pour ce qui est de ces deux dernières maladies du moins. Voilà seulement ce que nous désirions exprimer ici. La question demande à être reprise longuement; c'est pour faciliter cette tâche que nous avons soigné tout particulièrement la bibliographie de cette question.

BIBLIOGRAPHIE

France

Tarneau. — In Gazette des Hôpitaux, 1865.

Godard (E.). — Egypte et Palestine. Paris, 1867.

Moudot (d'Oran). — A propos de la circoncision israélite. In Association pour l'avancement des sciences. Section d'Oran, 1888.

Klein. — De la circoncision. Etude critique du procédé traditionnel israélite et manuel opératoire. In 18° 16 p., 1898.

Joly. — Histoire de la circoncision. Etude critique du manuel opératoire des Musulmans et des Israélites. *Thèse de Paris*, 1805.

Locarn. — Contribution à l'étude du phimosis, méthode israélite. Thèse de Bordeaux, 1897.

Thienot. — De la circoncision, chez les anciens et les modernes. Revue illustrée de polyclinique médicale, 57-66, 1900

Loir. — Complications (Tuberculose) de la circoncision rituelle. La Gazette des Hôpitaux, p. 36, 1900.

Meige. — La circoncision enseignée par l'usage. In Archives générales de médecine. V. 601-628, 1901.

Mortralet. — Les circoncisions en Tunisie. In Bulletin de la Société d'antropolojie de Paris, 540-543, 1901.

Mayer dit *Manjersoln.* — De la circoncision et spécialement de

la circoncision rituelle envisagée au point de vue historique, hygiénique, préventif, prophylactique. In Thèse de Paris.

Allemagne

Jaffe. — Die rituelle circoncision.

(La circoncision rituelle au point de vue de la chirurgie antiseptique et d'après les textes religieux). In 8o45, p. Leipsig, 1886.

Des avantages de la circoncision rituelle, p. 108, 1898.

Russie

Pogorelski, Messala. — In Saint-Pétersbourg.Med.,6-13 octobre, 1888.

— Du rite hébreu de la circoncision. Histoire, rituel, technique et rôle de cette opération (In Russie Medicina, 20 et 28 septembre, 4-12 octobre 1891.)

Bernhardt. — Inoculation de la tuberculose pendant la circoncision chez un enfant, XX. 835, 837, 1900.

Italie

Thomer. — Della circonciseine solle il pountodi visita profilattico e thérapeutico (De la circoncision au point de vue prophylactique et thérapeutique) Histoire depuis les temps les plus reculés. Florence, Guirnale Ital. delle Malad. vener., p. 402, septembre 1895.

Belgique

X. — La circoncision chez les Juifs en 1851. In Gazette médicale de Liége, 1894.

Amérique

Bernardino. — Histoire de la circoncision depuis les temps les plus reculés. In 8°. *Philadelphie*, 1891.

CHAPITRE II

CHIRURGIE DU PHIMOSIS D'APRÈS L'ECOLE HIPPOCRATIQUE

Depuis Celse, les chirurgiens traitent le phimosis par des opérations plus ou moins compliquées.

C'est donc aux anciens que revient l'honneur d'en avoir inauguré la cure chirurgicale.

Ils ont d'emblée préconisé et pratiqué presque exclusivement la méthode d'amputation et ils se sont ingéniés à employer pour cette intervention, tout autre instrument que les coupants ; ceci, dans le but d'éviter l'ouverture des vaisseaux avec les conséquences qu'on leur connaissait : la phlébite, l'infection purulente, l'érysipèle, la septicémie. Or, il est impossible de passer sous silence les travaux de cette école, puisqu'elle compte encore dans ses rangs des disciples contemporains.

A. — *Méthode opératoire de choix : la phimectomie.*

I. — Procédé d'Amussat par les *caustiques*. Les caustiques et en particulier la pâte de Vienne sont

déposés dans la cuvette longue et étroite d'un porte-caustique appliqué lui-même à la base du gland, et de la sorte, on enlève peu à peu ce qu'il y a d'exubérant dans le prépuce.

II. — Procédé de Verneuil, par le *thermocautère*, c'est une excision extemporanée en une séance. Pour protéger le gland contre les brûlures il convient d'insinuer une spatule entre le gland et le prépuce.

III. — Procédé de Dawson (1873): par le *galvano-cautère*. C'est également une amputation extemporanée par brûlure dont Bernheim en 1892 et Le Duc en 1901 ont perfectionné la technique.

IV. — Procédé de Chassaignac, 1847, par *l'écraseur linéaire*. Le prépuce étant tendu par l'intérieur au moyen d'une pince à pansement, on transfixait ce prépuce dilaté par les crochets d'une érigne divergente et on étranglait circulairement l'organe en arrière du point piqué. On opérait ensuite la section lente à l'écraseur sur la portion partiellement pédiculisée. Ceci fait, après la chute des tissus vers le deuxième et troisième jour on pouvait tenter la réunion par une suture à points passés.

V. — Procédé de Maisonneuve par le *serre-nœud* consiste à lier progressivement, jusqu'à étranglement et chute gangréneuse en quelques jours, tous les tissus exubérants péniennes.

VI. — *Procédé inédit* par *écrasement extemporané*. Dans le même ordre d'idées que Chassaignac, on a beaucoup vanté ces temps derniers l'ablation immédiate du prépuce par la pince *angiotribe* qui

réduit subitement les tissus préputiaux à l'épaisseur d'une feuille de papier à cigarette, en sorte qu'après cela leur excision ne donne lieu à aucune goutte de sang.

Il semble bien que l'instrumentation de l'Ecole Hippocratique ait eu le record de la complexité. Certains historiens racontent même que Louis XIII s'enfuit épouvanté, en voyant l'appareil chirurgical de la circoncision.

B. — *Méthode opératoire d'exception : la phimotomie.*

A titre exceptionnel, les disciples de cette école ont tenté de débrider le prépuce enflammé par instrumentation non coupante. Ainsi :

I. — Amussat procéda par les caustiques.

II. — Dessaux, par une sorte de serre-nœud, c'est-à-dire par un fil passé avec une aiguille courbe puis serré énergiquement.

III. — Hue, 1878, se servit de la ligature élastique.

IV. — Demarquay employa le thermo ou le galvanocautère.

V. — Nélaton de la divulsion forcée.

VI. — Woodwaard en 1895 usa du ténotome, débridant le prépuce enflammé par cet instrument introduit entre peau et muqueuse, pour éviter les inconvénients d'un débridement sanglant en pleine plaie septique.

Malgré les chaleureux plaidoyers qui, de temps à autre viennent à l'appui de ces antiques pratiques, il semble inutile d'y insister plus longuement, vu les nombreux accidents et complications que ces méthodes créent sous prétexte d'éviter le sang. Comme méfait intéressant de l'écraseur, Longuet tient de Nicaise que, dans un cas, le glissement de la chaîne emporta jusqu'aux téguments du pubis.

Quant à la divulsion forcée elle est considérée par tous les classiques actuels comme insuffisante (Reclus 2 cas, 2 récidives) inutile et nuisible, les éraillures qu'elle crée constituant ultérieurement des rétractions sclérotiques et des récidives aggravées. Enfin, les granulations suppurotantes qui résultent des débridements pratiqués par ces méthodes favorisent la cicatrisation rétractile ou symphisis progressif des plaies angulaires, c'est-à-dire : la récidive. De plus la guérison de la solution de continuité créée par usure, brûlure, cautérisation, broiement n'exige pas moins de deux à quatre semaines (Longuet L.).

BIBLIOGRAPHIE

A. — *Méthode de choix*

France

Amussat. — Posthectomie par caustiques.

Chassaignac. — Posthectomie par écraseur linéaire.

In Bulletin de la Société de chirurgie, 1847.

Maisonneuve. — Posthectomie par le serre-nœud.

Verneuil. — Posthectomie par le thermocautère.

Dawson. — Posthectomie par le galvanocautère.

In France médicale, 1873.

Bernheim. — A propos de la circoncision (Méthode du galvanocautère, 1892.

Le Duc. — La circoncision au galvanocautère. In Gazette médicale de Nantes, 30 novembre, 1901.

B. — *Méthode d'exception*

France

Amussat. — Débridement préputial par les caustiques ; pâte de Vienne, etc., cité dans le Dictionnaire Dechambre.

Desseaux. — (de Puy-l'Evêque) débridement par suture d'un fil passé avec une aiguille courbe (sorte de serre-nœud). In Dictionnaire Dechambre.

Hue. — Débridement par ligature élastique du prépuce, 1893.

Demarquay. — Débridement au galvano ou au thermocautère. Tous ces procédés sont exposés dans l'article : Phimosis et circoncision. In Dictionnaire Dechambre.

Nélation. Thibault, *Verneuil*, de *Saint-Germain.* — La Divulsion : (Voir *Carrière* et *Saint-Philippe*) In 8° Bordeaux 1900).

Amérique

Woodwaard. — Débridement sous-cutané au ténotome du phimosis blennorragique, pour éviter les inconvénients d'un débridement sanglant en pleine plaie septique : New-York Medical journal, p. 330 le 23 février 1895.

— (J B.). — Preputial divulsion versus circoncision in the young (Dilatation du prépuce substituée à la circoncision chez les jeunes enfants). In American and News : le 1er octobre 1901.

Suisse

Audeoud (de Grève). In Congrès international de médecine, session de pédiâtrie, 1900.

CHAPITRE III

CHIRURGIE DU PHIMOSIS D'APRÈS L'ÉCOLE MORGANIENNE LISTÉRISÉE

Ici, les caractères de cette chirurgie deviennent parfaitement tranchés, et l'exérèse par le scalpel constitue la pratique de choix, avec l'instrumentation habituelle, sonde cannelée, stylet, pince à disséquer, etc.

§ 1. — *Conception thérapeutique mutilante*

Le phimosis est une malformation congénitale ou acquise des enveloppes du gland, essentiellement stigmatisée par une excroissance en collerette, un excès de développement (Welker G.) (1) un trop de peau (Brault) (2) ; une sorte d'hypertrophie des membranes préputiales, susceptible de cancérisation (Hey, Wad, Roux, Lagneau) avec rétrécisse-

1. Welker G. Article phimosis du *Dictionnaire Jaccoud*, 1878.

2. Brault. Voir plus loin l'indication bibliographique.

ment permanent plus ou moins accentué de son orifice limbique, d'où résulte l'impossibilité partielle ou totale de découvrir le gland, cause de nombreuses complications. En conséquence, il convient d'opposer à cette prolification hyperplastique, gênante, disgracieuse, suspecte de malignité pour l'avenir, une intervention du genre amputation. Il faut exciser, enlever, retrancher l'excès de ce fourreau et avec lui, son anneau rétréci. L'exérèse sous la forme amputation angulaire (excision partielle) où le mode circulaire (circoncision) est le principe fondamental de cette thérapeutique en parfait accord ici avec les pratiques rituelles et empiriques. D'ailleurs le prépuce est un organe inutile, sans rôle physiologique appréciable, il est donc permis d'en faire le sacrifice quand il est mal formé.

§ 2. — *Méthode thérapeutique*

En son exécution, la conception radicale comporte de multiples modalités très dissemblables dès l'abord, mais facilement reliables les unes aux autres par la commune mesure de l'ablation. On peut les synthétiser chronologiquement sous trois méthodes stigmatisées par l'étendue du sacrifice :

1° *Méthode de l'amputation cutanéo-muqueuse subtotale de Ravaton* (1776) ;

2° *Méthode de l'amputation cutanéo-muqueuse partielle de Lisfranc* (1830) ;

3° *Méthode de l'amputation muqueuse subtotale de Dieffenbach* (1837).

L'instrument de choix est le scalpel-couteau ou scalpel-bistouri ; toutefois beaucoup lui substituent des sécateurs-guillotines dits posthétomes ; on a même employé des rasoirs en guise de lame tranchante.

§ 3. — *Indications et contre-indications opératoires*

A.— 1° Il faut respecter le phimosis non compliqué des âges extrêmes de la vie (Boyer) comme celui du nouveau-né ou des jeunes enfants lorsqu'il est bien toléré ou encore celui des vieillards, car la cure radicale n'est plus ici d'utilité bien appréciable.

2° On s'abstiendra également d'intervenir chez les cachectiques ou les malades en mauvais état général.

3° Il en sera de même en cas de milieu épidémique, de pyohémie, d'érysipèle, de pourriture d'hôpital.

B. — Il faut amputer:

1° Les phimosis compliqués *d'accidents urinaires* c'est-à-dire de lithiase préputiale, vésicale, rénale (1)

1. Lithiase préputiale : Complication fréquente observée par J.-L. Petit, Brodie, Duménil, etc., étudiée par Bourdillat, thèse de Paris, 1872. — Comme cas récents, Larguet ajoute ceux de Zellor, *In Société de Médecine de Berlin*, 1880.— De Villard. *In Journal de médecine de Bordeaux*, 28 janvier 1894. — De Alexandre Louis de Velessa, Macédoine (extraction de 110 pierres), Itriki Proodos, 1 899.— De Péraire. *In Bulletin de la Société anatomique*, octobre 1901. — De Roccas. *In Archives de méde-*

ou d'incontinence d'urine (1) vraie ou fausse par regorgement (2).

---

cine et chirurgie, Paris, III, 121, 124, 1901 — *De English*, *In Wœner medecin Presse*, 22, 29 novembre, 6 décembre 1903. — De Vassal. *In Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, avril, juin 1905. — Les calculs préputiaux sonten nombre unique ou multiple (60, Brodie) (110, Alexandre Louis). — En poids variables depuis quelques centigrammes jusqu'à 225 grammes (Duménil). — En dimensions variables depuis quelques millimètres jusqu'à une longueur de plusieurs centimètres. (Casapporté par Vidal de Cassis.) — Un des 60 calculs observés par Brodie avait 15 millimètres de long sur 10 millimètres de large de surface arrondie ou à facettes, de coloration blanc sale ou gris cendré, de connexion libre ou incrustée dans le sac préputial, mais sans adhérence solide, de structure d'acide urique ou d'urate d'ammoniaque ou de phosphate ammoniaco-magnésien, de siège secondairement préputial avec descente de l'arbre urinaire ou primitivement préputial, nés sur place.

1. *Incontinence d'urine* (phimosis), Pagnard, thèse de Montpellier, 1878. — Formes (4 cas) auxquelles j'ajoute les cas de Doumeau. *Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, janvier 1864. — De Rosenberg (incontinence d'urine et des matières fécales), *Med. Record*, 11 août 1894. — De Gohin, W.-S. Cullough (de Alliston, Ontario) *An. Méd. Ricord*, 6, vol. 46, n° 10, p. 342, (1 cas) 1894.

2. *Rétention d'urine*, paraphimosis, calcul oblitérant le pertuis (J.-C. Petit) par rétention d'urine complète.

Les deux premiers cas ont été signalés par Laugier, 1831, puis Bocelli, Reliquet, Hart, auxquels j'ajoute celui de Kermorgant, Vassel. — Rétention d'urine complète par calcul préputial. *In Académie de médecine*, 10 janvier 1905. — Rétention et distension de tout l'arbre urinaire (cas de Hart). — Hupp, Pergat. *Société de Chirurgie*, 1er mars 1893. — A. Broca, Phimosis avec troubles de la miction. *In Tribune médicale*, le 27 juillet 1907.

2° Les phimosis compliqués d'accidents génitaux : hyperesthésie génitale et inversion sexuelle, pertes séminales (Lallemand) : infécondité par rétention ou déviation du sperme (1), gêne dans l'érection ou le coït, balanite, balanoposthite, fissures, gerçures, eczéma, éruption, prurigo, suppuration, adhérences, tendance à l'étranglement ou au paraphimosis (2) à l'éléphantiasis de la verge (Bouisson).

3° Les phimosis compliqués d'accidents à distance : hernie et hydrocèle (3), fistules périnéo-scrotales (4), accidents nerveux divers, dyspepsie (5), gastralgie, palpitations, hypocondrie, accidents hystériformes et épileptiformes, voire même dilatation consécu-

---

1. Infécondité par phimosis, complication rare. On cite par contre le cas d'un vieillard père de sept enfants malgré un phimosis conservé toute sa vie.

2. Paraphimosis : Complication très fréquente. Longuet rapporte comme curiosité le cas de Guersant nouveau marié qui eut un paraphimosis la nuit de ses noces, Tillaux cite un cas. Mais cet accident survint avant la consommation du coït ; cette complication peut être grave et mortelle et entraîner de la gangrène de la verge, elle peut être suivie de tétanos foudroyant. *Lyon médical.* XCVI. 799. 802, en 1901.

3. Hernie et hydrocèle par phimosis : Denucé. *In Journal de Médecine de Bordeaux,* 21 octobre 1894. — Presnel I.-L. Congenital hernia hydraele und phimosis. *Illinois Med. bull. Chicago,* 362, 364, 1903-1904. — Peraire. *Phimosis et Hernie chez l'enfant,* XVII[e] Congrès français de Chirurgie, 17-22 octobre 1904.

4. Fistules périnéo-scrotales : Amat. *In Gazette médicale de Paris,* 1898.

5. Accidents nerveux du paraphimosis : Fleury, Athaus,

tive du côlon (1) gêne de la marche (2) ou autres troubles divers (3).

En résumé, la cure radicale s'impose dans toutes les complications précitées avec un certain caractère d'urgence, dont l'excision complète du pertuis préputial constitue l'indication la plus immédiatement pressante, quel que soit l'âge ou l'état général du sujet.

C. — On peut amputer :

1° Le phimosis non compliqué des adultes et des adolescents quand il n'a point guéri spontanément à la puberté, et cela à titre hygiénique ou préventif de complications inflammatoires, balanite, blennorragie, chancres mous, chancre induré. (Hutchinson). La muqueuse en se cutinisant au contact de l'air

---

Soyre, nombreux médecins anglais et américains cités par Mathieu. *In Dictionnaire Dechambre* et *in* Berger. Thèse de Paris, 1890. — Dyspepsie (un cas cité par John W.-S. Cullough. *In Medical Record*, 1894.

1. Constipation et distension simulant la maladie de Huispuing : Compression du rectum par le globe vésical distendu (deux cas de Roth rapportés par Wetzenhausen. le 28 mai 1907, n° 22.

2. Gêne de la marche par phimosis : *In* Denucé. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1er avril 1894.

3. Troubles divers par phimosis : Voir Mums. « Complications du phimosis chez l'adulte. » *In Med. News*, le 24 mars 1894. — Rese. « Troubles causés par le phimosis. » *In Med. Record*, le 30 octobre 1898. — Bousquet. « Les méfaits du phimosis. » *In Centre Médical*. Commentry, VI, 144-147, 1901. — Griffith. « Du phimosis, complications. » *In new-York Med. Journal*, le 4 juin 1902.

après l'opération, acquerrait une immunisation relative contre l'invasion d'accidents syphilitiques ou gonorrhéiques et même contre la cancérisation tardive des gerçures du gland et de la verge (Hey, Roux, etc).

2° *Le phimosis blennorragique*, afin d'éviter la rétention stagnante du pus dans le cul-de-sac préputial.

3° Le phimosis chancrelleux, pour les mêmes raisons et pour éviter les lymphangites, les adénites suppurées (Ricord, Mauriac, Gailletin). Celui-ci, sur cinquante circoncisions pratiquées dans ces conditions, consigne que la guérison n'a pas exigé plus de trente-cinq jours au maximum, et il pense que la circoncision serait, en l'espèce, d'une heureuse influence dérivative.

4° Le phimosis entretenu par un chancre syphilitique, pour éviter la stagnation du pus dans le prépuce et couper court à la contamination générale de l'organisme. L'excision du foyer d'inoculation, conduite justifiée par quelques observations, très rares d'ailleurs, où la circoncision aurait enrayé la maladie.

5° *Le phimosis diabétique*. — Là, comme précédemment, l'amputation préputiale peut être menée à bien, grâce à un traitement antiseptique préalable assurant la réunion par première intention.

En cas d'accidents phlegmasiques intenses, on s'en tiendra au débridement dorsal complété ultérieurement par excision secondaire.

§ 4. — *Préambules opératoires*

A. — L'anesthésie, dès sa découverte, a conquis ici droit de cité même pour les procédés d'exécution rapide comme ceux dits de guillotine.

L'accord est unanime sur les nécessités de recourir à ce procédé adjuvant ; c'est à peine si quelques voix s'élèvent pour préconiser l'abstention totale de l'anesthésie, comme par exemple, dans la pratique de Benjamin Anger.

L'anesthésie générale au chloroforme a été la première utilisée. Guersant l'a recommandée chez l'enfant. Sans elle, disent ses partisans, l'application de serre-fines et le pansement de la plaie seraient à peu près impossibles. D'ailleurs, elle a d'autant moins d'inconvénient qu'elle dure à peine un quart d'heure. Dans le cas particulier quelques chirurgiens actuels la préfèrent encore (Guiard 1897).

Mais l'anesthésie locale a peu à peu gagné la préséance. On la réalise :

1° Par la glace (de Saint-Germain).

2° Par l'éther : ainsi Langlebert entourait la verge d'une compresse et versait l'éther goutte à goutte sur la surface à guérir tandis qu'un aide dirigeait sur le même point le vent d'un soufflet. Au bout de deux à trois minutes, lorsqu'on a usé 50 grammes d'éther environ, la peau du prépuce a perdu sa sensibilité. D'autres préfèrent envoyer le jet d'un pul-

vérisateur Richardson dans l'intérieur du sac préputial, car le contact du liquide en nature avec la muqueuse cause parfois de vives douleurs.

3° Par le chlorure de méthyle. On pourrait, dit Mathieu, le substituer avantageusement à l'éther par la congélation. Ses effets de refroidissement, de décoloration de la peau et d'insensibilité sont rapides et persistent suffisamment.

4° Par la cocaïne et ses homologues. C'est actuellement le mode d'anesthésie le plus employé depuis les travaux de Reclus. On la répartit en traînées le long de la ligne d'amputation.

B. — La désinfection locale a pris ici une importance capitale.

On la réalise sous la forme d'insufflation d'iodoforme en poudre dans le sac préputial, ou de lavages au sublimé, ou encore d'irrigations boriquées ; la solution phéniquée est ici en défaveur à cause de quelques gangrènes dont elle paraît responsable.

En cas de phimosis enflammé, on obtiendrait si la désinfection a été bien exécutée, la guérison par première intention avec un aussi bon résultat qu'en cas de phimosis non infecté.

Et c'est à l'antisepsie que la posthectomie doit d'avoir vu s'étendre extrêmement le champ de ses indications.

C. — L'instrumentation se compose d'un scalpel-couteau, d'une sonde cannelée, d'un stylet, d'une pince à disséquer, de pinces à forcimorsure (une douzaine, dont six de la forme dite de Kocher, de

catgut, d'une aiguille à rainure dite de Reverdin, des serre-fines du modèle de Vidal de Cassis, 1851, ou de Guiard, 1897, ou de Michel (agrafes) 1900, et de pinces guillotinantes ou embrochantes pour fixer la muqueuse, dites pinces spéciales à phimosis. Ajoutez des tampons, des objets de pansement et des imperméables. L'opérateur est assisté d'un aide et cette opération est donc exécutée par quatre mains.

§5. — *La méthode opératoire de choix : l'amputation*

A. — *Posthectomie cutanéo-muqueuse subtotale* (Ravaton, 1879.)

Les procédés de cette première méthode amputent quasi totalement le prépuce à partir du sillon balano-préputial sur une étendue sensiblement égale de ses deux feuillets, le cutané et la muqueuse avec section ou excision du frein quand il est trop court.

Cette exérèse s'exécute soit à main levée, soit au contraire après fixation préliminaire, par une pince spéciale, des deux membranes internes et externes ainsi maintenues au même niveau.

Amputation à main levée

Procédé de Ravaton. — L'opération comprend 3 temps. Mettez d'égalité le prépuce, relevez la verge de la main gauche, glissez à plat vers les parties

supérieures entre prépuce et gland la lame du scalpel que vous redressez ensuite, le tranchant en l'air, ceci fait :

Premier Temps.— Par une section dorsale d'un seul coup, fendez par transfixion ces tissus jusqu'à la couronne ; ainsi l'anneau préputial s'élargit subitement en présentant deux lambeaux latéraux flottants.

Deuxième Temps.— D'un deuxième coup de scalpel mais cette fois en sciant vous détachez le lambeau de droite par une section hémi-circulaire obliquo-préjacente et parallèle à la base du sillon balano-préputial, prolongée en bas de long du filet qu'elle suit jusqu'à son sommet.

Troisième Temps.—D'un troisième coup de scalpel, vous enlevez par une même section hémi-circulaire, oblique, symétrique à la première, le lambeau gauche et avec lui le filet suivant sa longueur. Mais en général, on préfère à l'exemple de Boyer (1) arrêter les deux sections latérales avant la rencontre du frein afin d'éviter toute hémorragie de ce côté, en respectant intégralement ce frein, dont la brièveté n'est qu'exceptionnellement gênante. S'il y a des adhérences préputiales, elles sont déchirées chemin faisant à l'aide d'une sonde cannelée ou du manche aplati d'un scalpel, ou bien encore on les dissèque à la pince et au scalpel.

---

1. Boyer, 1825, ne pratiquait ce mode de circoncision qu'en cas de prépuce exubérant et de pourtour dur et calleux.

Temps complémentaires. — Comme complément, après ligature hémostatique des vaisseaux qui saignent, on a l'habitude de suturer les lèvres de la section : soit par suture pour la première fois mise en pratique par Hawkins (de Londres) sous la forme de 4 ou 5 points séparés ou sous la forme d'un surjet au catgut (Tomasi, 1904) (1), soit par pinces à demeure dites serre-fines de Vidal de Cassis en usage depuis un demi siècle et récemment modifiées en forme d'agrafes, dites de Michel.

Amputation après fixation préalable

Procédé d'A. Guérin. — Pour entailler les lambeaux à la Ravaton, ce chirurgien après fente dorsale, fixait préalablement les lambeaux latéraux à leur base par une *pince spéciale* maintenant la peau et la muqueuse au même niveau. Après quoi, il coupait d'un coup de couteau tout ce qui dépassait cet instrument. La pince de Cusco (2) représente un modèle plus perfectionné comme aussi plus compliqué si

1. *Tomasi.* La section médiane est faite entre deux pinces hémostatiques, plantées sur le prépuce. A propos du surjet, l'auteur remarque qu'il a l'inconvénient de franger le rebord. Mais la cicatrice atténue cet effet. D'ailleurs au surjet on peut substituer des points en U.

2. *Cusco.* La pince de l'auteur est à double mors latéral ; les deux internes curvilignes, de dimension appropriée, variable avec l'âge circonscrivant le gland, tandis que les deux externes, pressés contre les internes, étreignent en les étalant les lambeaux latéraux.

bien qu'avec Duboué, 1869, on remplaça ces pinces fixatrices par des aiguilles et du fil, suivant une technique d'ailleurs très complexe qui de ce fait ne se vulgarisa pas (1).

---

1. *Duboué*. L'incision dorsale une fois faite, passez à la base du prépuce des fils à l'aide desquels on facilite la section de cet appendice. Pour cela armez de trois aiguilles droites ou courbes, un fil ciré assez gros, long de 40 à 50 centimètres. A l'aide d'une aiguille tenant à l'un des chefs du fil, on pique le prépuce de dedans en dehors à environ 1 à 2 millimètres, en dehors du point terminus de l'incision dorsale au voisinage de la couronne du gland. Avec l'aiguille venant à l'autre chef, piquez de même sur le côté droit du frein. La troisième aiguille est enfoncée dans le sillon balano-préputial à égale distance des deux autres. Quand elle a traversé le prépuce, on coupe le fil qu'elle entraîne, d'où deux fils au lieu d'un, formant deux courbes qui se regardent par leur convexité. Un aide tient les extrémités de chacun de ces fils préalablement tendus pendant que l'opérateur résèque rapidement avec des ciseaux droits toute la moitié du prépuce en se guidant sur ce fil, en faisant partir la section à 2 millimètres au-dessus du fil lui-même. Agissez de même à gauche. — Il est peut-être plus opportun de placer les fils des deux côtés dans un premier temps, puis de pratiquer la section des deux côtés, dans un deuxième temps. En ce cas, on pourrait ne se servir que d'un fil long de 1 mètre, armé de cinq aiguilles. On aurait cinq piqûres au lieu de six. Dans ce procédé la réunion peut se faire par serre-fines ou bien en coupant chaque fil en deux moitiés, de manière à avoir huit fils dont deux deviennent inutiles sur les côtés de la verge, ce qui fait six points de suture à points passés : — Comme dernière modification, l'auteur noue lâchement deux à deux par un double nœud les deux fils qui se correspondent dans le voisinage de chaque piqûre ou qui sortent par une même piqûre. On a de la sorte quatre doubles-nœuds, l'un dorsal, le troisième près du frein, les autres latéraux à droite et à gauche.

B. — *Hémi-posthectomie cutanéo-muqueuse*
Lisfranc, 1820

« Les procédés de cette méthode se distinguent des précédents par ce fait capital que le prépuce n'est enlevé qu'en partie dans son seul segment antérieur sur une étendue sensiblement égale de ses deux feuillets, selon une elliptique oblique en bas et en avant. Ici, encore, on ampute à main levée, ou au contraire après fixation préalable de la muqueuse glissante. Et l'ablation s'exécute en un, deux, trois et même quatre temps. »

Amputation à main levée

A. — En un temps : *Procédé de Richet*, 1860

Avant d'exercer la moindre traction sur le prépuce, glissez entre lui et le dos du gland le mors d'une pince à dissection, tandis que l'autre mors est appliqué sur la peau.

Soulevez ainsi les enveloppes en dos d'âne, et d'un seul coup de couteau, *excisez-les* en un V, à base antérieure plus ou moins large suivant les besoins à sommet supérieur et médian. Ainsi l'on obtient par cette demi-décapitation, une ouverture bien suffisante pour laisser passer le gland. Réunissez ensuite les lèvres cutanéo-muqueuses de la section.

B. — En deux temps : *Procédé de Malgaigne*

Premier Temps. — On fait à droite sur le dos du prépuce, en partant du limbe rétréci, une *entaille* au couteau-scalpel, obliquemment ascendante en haut et en dedans jusqu'à la ligne médiane, en comprenant les deux feuillets cutané et muqueux.

Deuxième temps. — Même entaille symétriquement à gauche, jusqu'à la rencontre de la précédente. De là résulte une excision en V du prépuce, à sommet postéro-supérieur à base antéro-inférieure plus ou moins large, sans incision dorsale première, ce qui est plus expéditif et moins douloureux. On termine par une suture ou par l'application de serre-fines. Ce procédé fut adopté à quelques détails près par Guersant, Delpech, Gobert. Ce dernier en 1861 la modifia en pratiquant l'excision en V inférieurement sur la face ventrale du fourreau en y comprenant ou non le frein. Il renouvelait ainsi la pratique de Celse : Excision en V comprenant le frein.

C. — En trois temps : *Procédé de Trélat*

Premier Temps. — Fente dorsale médiane du prépuce jusqu'à la moitié de sa hauteur.

Deuxième Temps. — Section en bas et en avant,

en partant du sommet de la précédente et détachant le lambeau droit.

Troisième Temps. — Même section symétrique, détachant le lambeau gauche. C'est en somme un Ravaton réduit de moitié dans l'étendue des segments excisés.

On termine par une suture, (Reclus 1892) ou par l'application de serre-fines.

Sieur en 1895 a modifié l'hémi-posthectomie en trois temps ainsi qu'il suit :

1° *Incision circonférentielle* elliptique du fourreau cutané en passant en haut, au milieu de la hauteur du prépuce ;

2° *Incision circonférentielle* elliptique du fourreau muqueux un peu en arrière de la section cutanée afin d'enlever plus de muqueuse que de peau :

3° *Section dorsale dernière* postéro-antérieure des deux enveloppes, libérant ainsi deux lambeaux latéraux. C'est en quelque sorte une amputation rétrograde, c'est-à-dire pratiquée d'arrière en avant,

D. — En quatre temps : *Procédé de Vidal de Cassis*, 1851

Cette posthectomie quadrilatère comprend :

Premier Temps. — Section latérale du prépuce jusqu'à mi-hauteur à droite.

Deuxième Temps. — Section latérale analogue à gauche.

Troisième Temps. — Section dorsale transversale,

réunissant le point terminus des précédentes, ce qui enlève un lambeau quadrilatère supérieur.

Quatrième Temps. — Section ventrale transversale, réunissant également le point terminal des sections, mais en contournant le frein terminé par l'application de serre-fines du modèle de l'auteur.

Procédé de Brault, 1898. — Posthectomie un peu différente en quatre temps. Il exécute :

Premier Temps. — Une excision oblique en bas du fourreau préputial exubérant.

Deuxième Temps. — Une taille médiane antéro-postérieure au dos du pépuce

Troisième Temps. — L'excision du seul lambeau droit.

Quatrième Temps. — L'excision du seul lambeau gauche.

Il termine par une suture.

Enfin Petrivalsky J. de Prague, 1908, commence par :

Premier Temps. — Exciser le bord de l'anneau rétréci en commençant et finissant à 1 centimètre du frein.

Deuxième Temps. — Puis il excise un lambeau cutané dorsal de 1 centimètre de large.

Troisième Temps. — Puis il incise sur la dorsale médiane, la seule muqueuse.

Quatrième Temps. — Il excise les angles latéraux du rebord cutané, qu'il mobilise et transforme ainsi en une ligne arrondie. Après quoi on suture ce lambeau cutané aux bords de l'incision médiane de

la muqueuse, ce qui constitue une sorte d'anneau préputial (1).

Amputation après fixation préalable

A. — En un temps : *Procédé de Lisfranc*

Pendant que le limbe rétréci est tiré en avant par un aide, l'opérateur saisit avec une pince à anneau le fourreau préputial le plus près possible du gland. En avant de cette pince en « guillotine » il coupe au scalpel ou au rasoir (Godard, Baudens) tout ce qui dépasse.

Cette technique simpliste a le gros inconvénient de laisser un phimosis muqueux qui nécessite le plus souvent une excision supplémentaire de retouche. D'où l'éclosion d'un grand nombre de variantes à l'opération de Lisfranc, pincement préalable à l'aide de pinces spéciales, pénétrées ou non — tiges adductrices à crochets — posthectomes-sécateurs à « guillotine ».

Variante de Ricord, 1840. — Ce chirurgien inventa une pince fenêtrée, que ses imitateurs impliquèrent à l'excès. Chacun eut son ou ses instruments spéciaux pour l'opération du phimosis ; mais aucun de ces posthectomes ne survécut à son inventeur. Voici comment Ricord, conseillait d'opérer : Tracez d'abord à

1. De 1906 à 1908, Petrivalsky J. a exécuté huit fois sa technique à la clinique de l'Université tchèque du professeur O. Kukula à Prague.

l'encre la ligne extérieure de section, puis à l'aide d'une longue aiguille plate garnie de cire qui pénètre dans la cavité du prépuce vers la peau, passez un fil à la hauteur de la ligne tracée. Les rapports cutanéo-muqueux ainsi assurés, saisissez obliquement le prépuce dans une longue pince fenêtrée dont la rainure sert à introduire des aiguilles munies de fils usuels ou métalliques au travers des deux parois opposées de la pince. Coupez ces fils dans leur milieu. Sectionnez tout ce qui dépasse le prépuce en avant de la pince.

Enfin suturez à l'aide des fils coupés ou bien usez des serre-fines de Vidal de Cassis.

Telle est la technique dont s'inspirèrent évidemment, tout en la compliquant sous prétexte de la simplifier, les chirurgiens suivants :

Vidal de Cassis, 1845 (1), Corbin, 1849 (2), Thi-

---

1. Vidal (de Cassis).— Première manière : Suivant le tracé à l'encre de Ricord, passez des points de suture, sectionnez en avant du fil sans pince spéciale. — Deuxième manière : Ne mettre que les aiguilles avant la section coupez, suturez à l'aide de fils enfilés dans chaque aiguille. — Troisième manière : Suivant la ligne d'amputation, placez une *pince* à pression continue de l'auteur, garnie de pointes acérées, sur sa face interne. Sectionnez en arrière de cette pince qui maintient la peau et la muqueuse au même niveau. Faites la section en arrière de la pince afin de ne pas faire porter les serre-fines sur les parties traversées déjà par des pointes, et par suite plus susceptibles de s'enflammer. Réunissez par les *serre-fines* de l'auteur.

2. Corbin, 1819.— On fixe la muqueuse à l'aide d'une *tige* d'où s'échappent des crochets.

bault (1), Dolbeau (2), Piquantin (3), Nélaton et Surmay (de Ham) (4), Borelli et Fleming, 1852 (5), Bonnafont, 1856 (6), Verneuil (7), Panas, 1867 (8), Chauvin (9).

---

1. Thibault. — Pince de l'auteur analogue au dilatateur de Trousseau pour la trachéotomie.

2. Dolbeau. Introduire deux pinces à dents de souris de chaque côté du gland et avec elles saisir, près de la couronne, la peau et la muqueuse qu'on attire en avant. En arrière de ces deux pinces, appliquez obliquement en bas et en avant une pince à pansement ordinaire. Sectionnez en avant de celle-ci.

3. Piquantin. Le premier temps s'exécute à l'aide de deux lames mousses se rapprochant l'une de l'autre par un pas de vis, fixant la muqueuse. Dès que la striction de celle-ci est complète, sectionnez l'excès de prépuce au moyen d'une lame tranchante triangulaire, mue par la détente d'un ressort à boudin.

4. Nelaton et Surmay (de Ham). *Dilatateur*-fixateur de l'auteur analogue au dilatateur de Trousseau pour la trachéotomie.

5. Borelli et Fleming. Leur instrument est une *tige* d'acier avec manche, terminée par quatre crochets à pointes aiguës et à direction oblique. Les rapports des sections cutanée et muqueuse sont si exacts que toute suture serait inutile.

6. Bonnafont. *Pince* spéciale de l'auteur.

7. Verneuil. Se servait d'une simple pince à pansement.

Excisez par un bistouri passant comme une petite guillotine dans la rainure perpendiculaire à celle qui occupe le prépuce et tranchant d'un seul trait à la même hauteur tous les tissus qu'il rencontre. Réunissez par serre-fines ou fils métalliques. Dans ce cas, la deuxième pince est modifiée légèrement et présente une fenêtre de plus, au-dessous de celle que parcourt le bistouri, de manière que la suture puisse être préparée à l'avance, avant la division des tissus.

8. Chauvin. — L'*instrument* de l'auteur consiste dans deux poignées terminées par des anneaux mobiles à l'aide

Martin, 1870 (1), Tripier (2), Maurel (3), B. Anger (4), Lefort (5), Thierry (6), Fon-

---

d'un système de charnière, écartant ou rapprochant sur la pression des doigts quatre tiges armées de griffes. Au centre de l'instrument glisse un mandrin dont l'extrémité soutient un repoussoir concave, monté sur une éclisse de bois. Celle-ci est destinée à repousser le gland pendant que le prépuce est attiré à l'extérieur.

1. Martin. — *Instrument* dit adducteur de la muqueuse rappelant celui de Corbin-Fleming, composé de 3 branches divergentes susceptibles de s'écarter par l'action d'un bouton à pas de vis et terminées à leur extrémité libre par 3 petits crochets dont la pointe regarde en dehors. On implante les crochets dans la muqueuse qu'ils ramènent en avant, pendant qu'un aide tire en arrière la peau de la verge. On applique ensuite en arrière des crochets et en avant du gland une *pince* à pression continue du genre de celle de Vidal (de Cassis).

2. Tripier *Pince* spéciale garnie intérieurement de pointes comme celles de Vidal, et section à l'aide d'une branche de ciseaux se mouvant horizontalement et à frottement au-dessus de la pince.

3. Maurel. — *Pince* spéciale courbe destinée à saisir la peau et la muqueuse. La courbure est de 3 centimètres de rayon. Les branches présentent une légère courbure sur le plat de manière à les écarter un peu et à uniformiser la pression qu'elles exercent. Au moment de l'emploi, un aide tend l'ouverture du prépuce avec deux pinces appliquées l'une près du frein, l'autre sur la partie supérieure du limbe ; puis la pince courbe est placée sur la peau soulevée au dos, d'un seul coup de ciseaux en suivant le bord convexe de la pince.

4. B. Anger. — Prendre le prépuce en haut et en bas par 2 *pinces à coulant*, à une hauteur plus grande en haut qu'en bas. Lier le prépuce en arrière de ces pinces avec un fil ciré. Sectionner sans opérer de traction, au niveau de l'extrémité des pinces, en avant de la ligature, la peau et la muqueuse à peu près au même niveau, d'un seul coup, tout ce qui dépasse la ligature. Terminez par serre-fines.

5. Lefort introduit par l'orifice préputial une des branches d'une pince à griffes afin de saisir en même temps peau et muqueuse. Il place en arrière une pince spéciale à 2 branches parallèles creusées d'une rainure à jour pour y passer le bistouri. Les 2 branches n'ont pas même épaisseur celle qui répond au gland est lisse et moins épaisse. Suture avec des fils métalliques.

6. Thierry. — L'auteur se sert d'un *clamp*, mais au lieu de le placer obliquement en bas et en avant, il le place ver-

taine-Algier (1), Gréco (de Naples) (2), 1892 (3).

---

ticalement ou même obliquement en bas et en arrière, afin de ne point enlever trop de prépuce sur le dôme de la verge. Or, d'après Trekaki, cette technique a l'inconvénient d'intéresser l'artère du frein, ce qui se produit 10 fois sur 30 dans la pratique de Trekaki, et en outre il en résulterait plus tard une gêne de l'érection par suppression du filet.

1. Panas. Placez, suivant la ligne opératoire, une *pince de l'auteur à pression continue*, dont la branche inférieure est mousse et mince, tandis que la supérieure, de même force et même longueur, est munie d'une griffe terminale qui permet de traverser au même niveau peau et muqueuse On introduit la branche mousse en ayant soin de la pousser jusqu'au cul-de-sac préputial ; puis on la retire de 1 centimètre. On la confie à un aide après l'avoir fixée au moyen d'une vis qui implante la pointe dans ce prépuce. L'opérateur se sert alors d'une pince spéciale composée de quatre tiges parallèles qui laissent dans leur intervalle deux rainures perpendiculaires l'une à l'autre. Il saisit le prépuce en arrière du point primitivement pincé, et le maintient dans les branches de la deuxième pince dont la direction est oblique etparallèle à la couronne du gland.

2. Fontaine-Algier. — *Pince* spéciale.

3. Greco. — Instrument spécial dit *Posthiorrapton*, permettant de suturer le prépuce en un temps avant son ablation, et d'éviter l'hémorragie. C'est une tige métallique, longue comme une sonde de femme, de grosseur variable suivant les nécessités, à extrémité ovalaire pour se bien adapter au sillon glando-préputial, munie d'une ouverture parallèle à l'axe, au fond de laquelle se cachent quatre lamelles métalliques fixes, solides, qui articulées deux à deux, mobiles entre elles, sont disposées de manière que celles de droite sont séparées de celles de gauche par quelques millimètres. Les deux petites lamelles antérieures sont fixées par leur extrémité en avant au corps de l'instrument. Les deux lamelles postérieures sont attachées à un cylindre placé dans la tige et qui est terminé par un disque extérieur. Ce disque est doué de mouvements antéro-postérieurs et *vice versa*, mais sans pointe, et on coupe le prépuce en avant de la peau. Terminez par l'application de serre-fines. Quand on pousse le disque d'arrière en avant, les lamelles métalliques sortent par l'ouverture de l'instrument et forment deux triangles mousses séparés par un espace de quelques millimètres. A travers ceux-ci peut passer une aiguille de chirurgie spéciale qui sort par l'extrémité des triangles quand on retire l'instrument en faisant rentrer les lamelles dans l'intérieur de la tige et en tirant le disque du cylindre d'avant en arrière.

Suarez de Mendoza, 1899 (1), Pousson (2). Verneuil (3).

Technique : Introduire le posthiorrapton par l'orifice du prépuce. S'il y a résistance, faire une petite incision, fixer l'extrémité de l'instrument à la naissance du prépuce, parallèle à l'axe naturel du pénis, plus ou moins avant, suivant l'endroit où l'on veut faire la suture et la longueur du prépuce qu'on veut enlever. On tient l'instrument de la main gauche et on pousse le disque d'arrière en avant avec la main droite. A ce moment, la région cutanée du prépuce correspond à l'ouverture de l'instrument et vient en face d'un triangle pour être traversée d'arrière en avant et *vice versa* par l'aiguille portant le fil. Même manœuvre pour le point suivant et ainsi de suite jusqu'à la suture complète. On passe à la circoncision. Pour cela on fait une incision longitudinale au-dessus de chaque point et l'on arrête à 1 ou 2 millimètres ; puis on enlève les lèvres ainsi coupées par une incision transversale, en prenant garde de n'intéresser aucun des points de suture. L'instrument ne peut servir quand il y a adhérence ou œdème du prépuce.

1. Suarez de Mendoza remplace les pinces fenêtrées par une pince à pression *fenêtrée élastique*, comme les pinces à hysterectomie vaginale (deux modèles, l'un pour les adultes, l'autre pour les enfants). La fenêtre sert non pour guider le bistouri, mais pour livrer passage aux fils de suture qu'on place d'avance. Cette pince a l'avantage de comprimer régulièrement le prépuce, qui restait mobile en avant, avec les pinces à phimosis non élastiques. Placez une pince à forcipressure à chacune des extrémités du diamètre vertical de l'orifice préputial, exactement à l'endroi où la peau en se repliant prend les caractères de la muqueuse. Tendez modérément la peau en arrière, en tirant en même temps sur les pinces. Introduisez de champ une pince de Kocher entre le gland et le prépuce jusqu'à 1 centimètre de la couronne du gland : redressez-la et fermez-la. Le glissement est alors impossible. Cette pince se trouve à l'extrémité du diamètre vertical ; une autre pince de Kocher est placée à l'extrémité inférieure du diamètre vertical. Ceci fait, on peut enlever les pinces à forcipressure devenues inutiles. Confiez les pinces de Kocher à un aide pendant que le chirurgien poussant le gland en arrière, place en la serrant modérément, la pince fenêtré en arrière de l'extrémité des précédentes. Placez ces fils (catgut) à travers cette pince en ayant soin que les fils supérieur et inférieur soient doubles et à 3 millimètres du bord antérieur de la pince. Suture des deux chefs du fil supérieur et inférieur ; l'un servant à nouer l'artère dorsale, l'autre l'artère du frein.

2. Pousson. Introduire (après hémostase préventive de la

B. — En quatre temps : *Procédé de Horteloup*, 1878.

Il comprend :

Premier Temps. — Excision par guillotine au scalpel du prépuce obliquement pincé dans un instrument en forme de compas. En fait, un phimosis muqueux persiste comme dans le Lisfranc.

Deuxième Temps. — Section médiane dorsale au couteau de ce phimosis muqueux.

Troisième Temps. — Exciser au couteau le lambeau muqueux droit pincé dans un instrument spécial analogue au blépharostat et coinçant la muqueuse et la peau déjà sectionnée sur un même niveau.

Quatrième temps. — Excision du lambeau muqueux gauche, de la même manière, après pincement dans un deuxième instrument semblable à celui de droite. Terminer par application de serre-fines.

---

verge avec un drain de caoutchouc), à 3. 4 millimètres du fond de la rainure balano-préputiale, 2 pinces à forcipressure l'une à la face dorsale, l'autre à la face ventrale de la verge, de façon qu'un mors de chaque pince se trouve à la surface muqueuse, tandis que l'autre est appliqué sur la surface cutanée ; cela pour éviter tout glissement ; tirer sur les deux pinces, en repoussant le gland en arrière, puis on saisit le prépuce au-dessous du mors des pinces fenêtrées, entre les deux branches d'un *clamp fenêtré* de Ricord disposé parallèlement au bourrelet balanique. Passer derrière cet instrument 8 à 12 crins de Florence, à travers le prépuce aplati, qu'on sectionne au moyen d'un bistouri introduit dans la fenêtre de la pince. On se trouve alors en présence du gland dénudé sur lequel reposent les fils. On les coupe au milieu pour procéder aussitôt à la suture. Si le frein a été coupé, on suture avec soin la partie de substance triangulaire résultant de cette section.

3. Verneuil, appliqua ici cette pratique de la ligature élastique inspirée de la méthode d'Esmarck. Un sonde en caoutchouc rouge serré à la base du pénis sert à cette manœuvre. Pousson a adopté cette manière de faire.

Nous retrouvons ces quatre temps simplifiés dans la pratique de Duplay et Monod.

Premier temps. — Excision oblique du prépuce par guillotine en arrière d'une pince de Kocher.

Deuxième temps. — Fente dorsale du phimosis muqueux.

Troisème temps. — Excision sans pincement préalable du lambeau muqueux droit.

Quatrième temps. — Excision analogue du lambeau gauche. Terminer par suture au catgut fin ou au crin de Florence.

Enfin Quillery en 1892 :

Premier temps. — Excise le prépuce exubérant par guillotine au-devant d'une pince spéciale.

Deuxième temps. — Il débride le phimosis muqueux par quatre incisions antéro-postérieures jusqu'à la rainure glando-prépuciale.

Troisième temps. — Suture les quatre lambeaux muqueux ainsi libérés au rebord de la tranche cutanée. Pour permettre au lambeau correspondant au frein de se rabattre aussi ; on pratique avec des ciseaux courbes deux incisions en V qui se réunissent par leurs bases afin d'enlever au replis muqueux un fragment en forme de losange.

C. — *Posthectomie muqueuse subtotale.* *Dieffenbach*, 1837

Les procédés de cette méthode diffèrent tous des précédents en ce que la muqueuse est supprimée presque seule.

« Dieffenbach a, le premier, constaté que l'ablation de ce feuillet suffit et c'est à cela qu'il s'en tint dans le symphisis, le phimosis adhérent. Plus tard Langenbeck excisa la muqueuse sous forme d'une série de petits losanges longidudinaux juxtaposés, jusqu'à la découverte possible du gland. Mais sa technique donna des récidives par cicatrisation rétractile des plaies endo-préputiales. » (Longuet.)

Amputation muqueuse à main levée

Procédé de Brault, 1896.

Premier temps. — Excision circonférentielle oblique du limbe préputial seulement avec quelques coups de bistouri.

Deuxième temps. — Fente dorsale de la muqueuse jusqu'à la couronne du gland.

Troisième temps. — Excision de la presque totalité du lambeau muqueux droit.

Quatrième temps. — Excision de la presque totalité du lambeau muqueux gauche en ne conservant de la muqueuse que juste ce qu'il faut pour passer les sutures, de la sorte la peau réinvaginée fait fonction de muqueuse en prenant elle-même peu à peu, au moins superficiellement, l'aspect de la muqueuse.

Enfin la cicatrice est reportée à la base du gland au fond du sillon balano-préputial où elle se cache invisible (1).

1. Cette technique a été adoptée à quelques détails près par Rebroyend, 1898, Lanneau, 1898, Blanc, 1904.

Amputation muqueuse après fixation préalable

Procédé de Ridreau, 1859. — Introduire dans le prépuce fortement tendu une petite tige cylindro-conique en bas sur laquelle on fait :

Premier Temps. — Une section *circulaire* au scalpel, ne comprenant que la peau à 1 millimètre seulement du limbe. La collerette muqueuse détachée est toujours maintenue en contact avec la tige par trois épingles perpendiculairement piquées et le tout est extériorisé par traction.

Deuxième Temps. — Une deuxième *section* circulaire de la muqueuse tranche cet étui muqueux de manière à enlever tout ce qu'il faut de muqueuse pour donner libre jeu au gland. Terminez par réunion en suture ou en serre-fines (1).

§ 6. — *La méthode opératoire d'exception*

Posthectomie ou section cutanéo-muqueuse subtotale. J.-L. Petit. — « Cette méthode consiste à fendre

---

1. *Guiard*, 1897, arrive au même résultat et plus simplement sans tige cylindro-conique Il applique sur les lèvres sectionnées des serres-fines d'un modèle spécial, véritable suture métallique facilement enlevable, dont on facilite la mise en place par des fils suspenseurs passés aux quatre points cardinaux de la ligne de section, traversant peau et muqueuse très près du bord cruanté.

La technique de *Walter Klotz*, 1902, inverse d'une posthectomie muqueuse subtotale, consiste dans une résection annulaire

purement et simplement le prépuce en deux valves, résultat grossièrement défectueux qui fit juger sévèrement cette manière de faire durant tout le XIXe siècle. A titre d'expédient on la toléra dans les balanoposthites ou par aphimosis phlegmoneux, gangreneux, étranglés, comme pratique d'urgence et comme premiers temps d'une circoncision différée, exécutable plus tard « à froid » par l'excision secondaire des lambeaux séparés. En somme, le phimosis enflammé était traité à la façon d'un abcès quelconque : l'incision large à ciel ouvert.

Incision à main levée. — Procédé de J.-L. Petit. — Entre le pouce et l'index gauches, pincez le côté droit du prépuce et tirez-le un peu à vous. De la main droite, prenez un scalpel à pointe garnie de cire et tenez-le comme pour couper de dedans en dehors. Vous l'insinuez à plat entre le dos du gland et le fourreau rétréci en l'appuyant sur ce dernier afin qu'il ne coupe pas en entrant ; quand la pointe frôle la couronne, abandonnez le prépuce, saisissez la verge entre les trois derniers doigts placés au-dessous, l'indicateur placé au-dessus, et tirez la peau vers le pubis afin de mettre « au niveau » l'une et l'autre, les deux membranes pour les tendre d'un seul coup

---

du seul fourreau cutané avec extériorisation de la muqueuse ; mais l'auteur lui-même reconnaît que son procédé n'est applicable qu'à certains cas : quand le limbe est très peu rétréci ; et jamais chez l'enfant.

sur une égale étendue. On place le pouce derrière le point où l'incision doit commencer. Tournez maintenant le scalpel de 90 degrés le tranchant en bas, inclinez fortement le manche en tendant en même temps les téguments ; une légère poussée sur le manche et voici que la pointe traverse la boule de cire puis le prépuce. Il suffit de baisser la lame, de la tirer vivement à soi pour que le fente dorsale soit complète. Le malade en s'enfuyant achève lui-même sa section, l'opérateur n'ayant qu'à tenir le scalpel ferme et immobile. Ainsi malgré la traction de la peau en arrière, la membrane interne n'est pas coupée dans la même étendue que l'externe, on reprend la section avec le scalpel dont on garnit de nouveau la pointe d'un bouchon de cire bien huilé.

Variantes. — Elles portent sur : 1° Le choix de l'instrument. Le scalpel garni de la boule de cire, eut ses détracteurs. Ceux-ci firent remarquer que cette boule gênait la progression de l'instrument (Garangest, Sabatier), et la supprimèrent. D'autres se servirent du bistouri à gaine (Blaudin), du bistouri boutonné (Maisonneuve), du bistouri de Lapeyronie (Lafayre), d'un bistouri à lame cachée (Bienaise et Wottershoffer).

2° Le lieu de la section fut discuté : A la fente dorsale qui laisse une difformité choquante, on substitua la fente unilatérale (préconisée puis blâmée par Diaw, réhabilitée par Astruc), ou bilatérale (Taylor et Diday), mais par nécessité (dans le cas de chancre)

ou inférieure (Cloquet ou Velpeau) (1) ou enfin de fentes multiples.

3° On tenta la *réunion* des lèvres cutanéo-muqueuses sectionnées, soit par l'application de serre-fines, soit par des sutures (Velpeau). Si le phimosis se compliquait d'adhérence on le disséquait et on laissait ensuite la surface dénudée à l'air libre (Boyer).

4° *Daglett*, (1898) a recommandé : 1° la création d'une boutonnière cutanéo-muqueuse longitudinale sur la face inférieure du prépuce en dehors du frein ; 2° la suture transversale de cette fente longitudinale, manœuvre destinée à élargir le fourreau au prix d'une cicatrice peu visible. Mais l'anneau rétréci persiste en partie en avant de la commissure antérieure de la plaie.

Excision sur conducteur. — Procédé de Sedillot. — L'étroitesse limbique empêche l'introduction du scalpel le plus fin, Sédillot préconisa l'introduction première dans le cul-de-sac balanique d'une *sonde cannelée* qu'un aide maintient fortement tendue. Ceci fait, on taille le prépuce dans les deux tiers antérieurs sur ce conducteur ; de deux manières :

A. — Ou bien par *section antéro-postérieure*, soit en glissant le scalpel sur la sonde, le tranchant dirigé en haut, pour couper ces enveloppes de la profondeur à la superficie, de la muqueuse vers la peau ; soit inversement en coupant les enveloppes tendues

1. La fente inférieure près du frein constitue le premier temps de l'exécution dans la technique de Celse.

sur la sonde cannelée, de la superficie vers la profondeur ; de la peau vers la muqueuse avec le scalpel dirigé en bas.

B. — Ou bien par *section postéro-antérieure* soit en transfixant les enveloppes de la profondeur à la superficie (Culleriès, Begin), manœuvre que Riberi facilitait en glissant sur la sonde cannelée,un stylet cannelé pointu avec lequel il perforait le prépuce de la profondeur à la superficie préparant, amorçant ainsi la transfixion postéro-antérieure soit en les transfixant au contraire de la superficie vers la profondeur (Heurtant). J'ajoute que comme le débridement à mains levées, le débridement sur conducteur est réalisable sur la face supérieure ou latérale ou inférieure du prépuce et demande à être complété par une suture ou l'application de serre-fines.

§ 7. — *Mode de pansement*

Le mode de pansement diffère peu dans ses grandes lignes sauf ce fait capital qu'à partir de 1875 on emploie de plus en plus des matériaux germicidés. Avant leur emploi, suivant la méthode germicide de Lister on pratiquait :

1° Une *ablution* ou lavage de la plaie opératoire ; avec de l'eau d'orge ou de sureau (Boyer, 1825), ou de l'eau froide (Vidal de Cassis, 1851), ou de l'eau alcoolisée (Borelli), ou de l'eau antiseptique phéniquée, au sublimé mais mieux, boriquée (Guiard,

1898) car l'acide phénique peut déterminer la gangrène du gland — ou l'eau de Pagliari très diluée (Guillery, 1892). Ces solutions sont employées froides ou tièdes ou au contraire très chaudes (Poussin, 1899).

2° Ceci fait, on applique sur la région un *absorbant*. Ceux-ci sont constitués :

A. — D'un tissu ou d'une étoffe : exemple la charpie sèche (Ravatin, 1876). Les compresses trempées dans l'eau froide fréquemment renouvelée (Deglavoix, 1881), les bandelettes de toile placées obliquement pour éviter l'étranglement et former une cuirasse annulaire (Chassaignac) les bandelettes de gaze iodoformée (Duplay, 1900), le coton iodé (Chassaignac), la gaze et le coton hydrophile stérilisés par la chaleur (Tomasi, 1904). Mais ces tissus employés à l'état sec ayant le fâcheux inconvénient d'adhérer et coller à la suture, leur ablation est difficile. Aussi plusieurs chirurgiens prennent soin d'interposer entre la plaie et l'absorbant un corps gras ; tel le cérat, étalé en une compresse pénétrée (Vidal de Cassis, 1851), ou posé à même, sous compresse (Lenormant, 1876) ; telle la vaseline boriquée (Sieur-Blanchard, 1895), ou une pommade antiseptique (Reybreyend, 1898), ou une pâte composée d'iodoforme, de salol fondu, d'un peu de gomme adragante (Pousson, 1899).

B. — Ou bien l'absorbant est représenté par une poudre ; poudre d'iodoforme (Sicarez de Mendoza,

1897), poudre de salol versée largement (Guiard, 1897).

III. — Par dessus l'absorbant, placer maintenant l'*inévaporant*. C'est une croix de Malte coiffant le gland et percée en son milieu (Boyer, 1825 et Vidal de Cassis, 1851) ; ou un carré de Mackintosch (Duplay, 1900) ; également percée d'un trou correspondant au méat et rabattu sur la verge, où il est maintenu au moyen soit d'un fil, soit d'une pince à forcimorsure permettant au malade d'uriner sans défaire ni mouiller son pansement.

IV. — Il reste à fixer tout ce pansement par un appareil de *contention* : celui-ci se compose d'une bande moyennement serrée au-dessus de l'absorbant et de l'évaporant (Boyer, 1825) ; ou d'un bandage en T ; ou mieux encore d'un caleçon de bain (Tomasi, 1905). Dernière précaution : relevez la verge ainsi habillée, contre le ventre, et maintenez-là dans cette position pendant la cicatrisation de la plaie (Vidal de Cassis, 1851),

BIBLIOGRAPHIE

A. — *Amputation (Méthode de choix)*

Ravaton. — Posthectomie cutanéo-muqueuse subtotale, 1776.

Procédés à main levée

FRANCE

Ravaton. — Rapporté par Bouisson. In article Phimosis du Dictionnaire Dechambre, 1885.

Boyer. — In Traité des maladies chirurgicales, t. X, 1825.

Tomasi. — Essai sur un nouveau procédé de circoncision. In Thèse de Lyon, 1905.

Procédé avec fixation préalable

France

Guérin (A). — In Eléments de chirurgie opératoire.

Cusco. — Article Phimosis du Dictionnaire Dechambre, 1885.

Dubarié. — Procédé de circoncision. In Bulletin de la Société de Chirurgie, t. X, p. 426, 1870.

France

Lisfranc. — Posthectomie cutanéo-muqueuse partielle, 1820.

Procédés à main levée

α) *en un temps*

Richet. — Cliniques chirurgicales.

β) *en deux temps*

Malgaigne. — In Médecine opératoire.

Guersant. — Delpech, cité à l'article Phimosis du Dictionnaire Dechambre.

Gobert (de Lamballe). — Procédé de circons. La Gazette des Hôpitaux, 1861.

γ) *en trois temps*

Trélat. — In Cliniques chirurgicales.

Reclus. — In article Phimosis du Traité de Chirurgie de Duplay, 1892.

Sieur. — In Blanchard : Du phimosis et son traitement par la méthode annulaire. In Thèse de Lyon, 1895.

δ) *en quatre temps*

Vidal (de Cassis). — Traité de Pathologie externe. Paris, 1861.

Lisfranc. — Cité par Guillemeau.

Ricord. — Du phimosis. Les Gazettes des Hôpitaux, 1856.

Vidal (de Cassis). — In Traité de Pathologie externe, 5e édit., 1851.

Parias. — Procédé de circoncision. In Bull. de la Société de Chirurgie, 1867-1868.

Thibault. — In article phimosis du Dictionnaire Dechambre.

Nelaton. — *Id.*

Corbin. — *Id.*, 1849.

Chauvin. — Circoncision par un nouveau procédé. Thèse de Strasbourg, n° 215, 1851.

Bonnafont. — Nouveau procédé opératoire pour le phimosis. In Bulletin de l'Académie de Médecine, 1854-1856.

Borelli et *Fleming.* — In Dictionnaire Dechambre.

Verneuil. — *Id.*

Martin. — De la circoncision. In Thèse de Montpellier, 1870.

Fripier-Maurel. — In Dictionnaire Dechambre.

Anger (B.). — In Lenormand. Phimosis et son traitement-1876. Thèse de Paris.

Thierry (L.). — Modification à l'opération de Vidal (de Cas. sis). In Société anatomique. Paris, 1892 et son Manuel opératoire simplifié de la circoncision. In Gazette médicale de Paris, 1892.

Fontaine-Atgier. — A propos de circoncision. In Clinique française, janvier, 1892.

Pousson. — Procédé de circoncision. In Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux, le 25 juin 1899.

HONGRIE

Petrivalzki (de Prague). — In Semaine Médicale, 1908. *Procédé à fixation préalable* : α en un temps.

ITALIE

Gréco (de Naples), *Maurel.* — Instrument de circoncision. In Annales des maladies génito-urinaires, p. 543, 1894.

ESPAGNE

Suarez de Mendoza. — Nouveau procédé de circoncision. In Association française d'Urologie, 1897.

β) *en trois temps*

FRANCE

Horteloup. — In Germa : Du phimosis. Thèse de Paris, 1892.

Duplay. — Procédé de circoncision ; rapporté par Marius. In Semaine médicale, p. 369, nº 44, 1900.

Monod et *Vanverts.* — In Techniques chirurgicales, t. II. Paris, 1904.

γ) *en quatre temps*

BELGIQUE

Guillery. — Procédé de circoncision : In Académie royale de Médecine de Belgique, 1892.

δ) *avec hématose préventive de la verge*

France

Philipp. — De la méthode d'Esmarch dans la Chirurgie du pénis. Recherches sur la congestion postechmique. In Lyon Médical, 5 mars 1893.

Posthectomie muqueuse subtotale

Allemagne

Dieffenbach. — 1837.

— Gazette médicale de Paris, p. 156, 1837.

— In Demarquay; Maladies chirurgicales du penis publiéespar Wœlker et Cyr, 1877.

Langenback. — Cité dans le Dictionnaire Dechambre : art. Phimosis.

France

Brault (d'Alger). — In Bulletin médical d'Algérie, octobre 1896.

— Cité par Lapin In Médecine moderne, le 26 novembre 1898.

— Chirurgie des ; In Arch. Provinc. de Chirurgie.

Rebreyend. — Procédé de Dieffenbach modifié. In Annales des Maladies génito-urinaires, janvier 1898.

Lormeau. — Circoncision par l'ablation de la muqueuse. In Association française d'Urologie, 1898.

Blanc. — Circoncision par l'ablation de la muqueuse. In Journal de Médecine de Bordeaux, XXXIV, 487, 1904.

Procédé avec fixation préalable

Ridreau. — Nouveau procédé de circoncision pour remédier au phimosis et à l'imperforation du prépuce. In Journal de Médecine et Chirurgie pratiques, février 1859.

FRANCE

Guiard. — Technique de la circoncision : In association française d'urologie, 1897.

AMÉRIQUE

Walker Klotz. — Une méthode de circoncision. New-York. Medical Journal, 4 octobre 1902.

B. — *Incision* (*Méthode d'exception*)

Posthétomie cutanéo-muqueuse subtotale. J.-L. Petit

EUROPE

FRANCE

Petit (J.-L.). — Œuvres chirurgicales, XVIII^e^ siècle par Didot, Laisoges, in-8°, 1837.

Sédillot. — In articles Phimosis et Circoncision du Dictionnaire Dechambre.

Garengeot, Sabatier, Lapeyre, Heurtault, Inart. — Phimosis et circoncision du Dictionnaire Dechambre.

Astruc. — Section latérale du prépuce : In Dict. Dechambre.

Taylor, Diday. — Section bi-latérale : Dictionnaire Dechambre.

Velpeau, Cloquet, Culleries. — Incision inférieure.

Bégin. — In Eléments de Chirurgie. Paris, 1838.

AMÉRIQUE

Etats-Unis

Daglett. — Chirurgie du prépuce. In med. Record. New-York, 1898.

Van der Pœl (de New-York). — Rétention d'urine due au phimosis à l'occasion d'un chancroïde, incision d'urgence. In Société des Chirurgiens urologues américains. Montréal, juin 1905.

CHAPITRE IV

CHIRURGIE DU PHIMOSIS D'APRÈS L'ÉCOLE BIOLOGIQUE

Voici maintenant une note diamétralement opposée à celle des Ecoles précédentes. Ainsi une opération nouvelle, basée sur la seule incision, non pas de la peau, mais de la muqueuse devient, à notre avis, la méthode de choix praticable elle-même suivant une technique inédite, mais qui s'efface au second plan ; le tout exécuté suivant les lois biologiques, avec une instrumentation restreinte : ciseaux, pincettes, aiguillées de fil de lin, etc.

§ 1. — *Conception thérapeutique biologique*

« Congénitale ou acquise, la malformation dont il s'agit se présente essentiellement au chirurgien, comme une sténose préputiale, localisée presque exclusivement au seul feuillet muqueux sur lequel elle s'étale en largeur sur toute la circonférence,

pour s'étendre en hauteur sur une zone variant de 1 millimètre (ligne circulaire du phimosis diaphragmatique dit atrophique), à 1 ou 2 centimètres (bague du phimosis annulaire dit hypertrophique). De cette structure résulte un changement morphologique du prépuce qui prend un aspect tantôt aminci tantôt exubérant (1).

Mais ce n'est là qu'une apparence. En fait il n'y a ni atrophie ni hypertrophie. C'est à tort que l'on cherche à disqualifier dans sa valeur biologique, le tissu des enveloppes préputiales phimositiques pour justifier les procédés d'amputation. La vitalité n'est point perturbée ; il n'y a ni dystrophie ni même tendance à l'atrophie ou à l'hypertrophie. La qualité vitale est intègre, comme le prouve la persistance de prépuces normaux malgré les circoncisions répétées

---

1. On cite aussi quelques cas de phimosis chez la femme M. M. Girlk a pratiqué la circoncision chez une femme pour phimosis compliqué de troubles urinaires. Au début il s'était contenté de rompre les adhérences existant entre le clitoris et le capuchon, mais les récidives nécessitèrent une circoncision. Il publia d'ailleurs l'observation suivante : Femme, vingt-deux ans, à la suite d'un deuxième accouchement suivi de déchirure du périnée et de cystocèle présentait de l'incontinence d'urine. On pensait que la périnéoplastie ferait cesser ces symptômes, et de fait l'incontinence d'urine disparut. Mais trois semaines plus tard elle réapparaissait. C'est alors que l'idée vint au chirurgien de circoncire le clitoris dont le prépuce était adhérent. Aussitôt les phénomènes d'incontinence disparurent. L'auteur a recueilli trois observations analogues chez des femmes adultes et cinq autres chez des enfants. L'hérédité jouerait, pour lui, un grand rôle étiologique.

en séries continues chez des êtres consanguins pour raison rituelle. La déformation est plus apparente que réelle, nous en avons la démonstration dans la restauration immédiate de la forme par simple retrait antéro-postérieur des téguments péniens rendus à leur libre glissement dès que l'augustie muqueuse est seulement sectionnée. De plus le prépuce a pour fonction la protection intermittente du gland, raison qui vaut qu'on le conserve.

En conséquence la thérapeutique qu'il convient d'opposer à cette difformité sténosante, faite de tissus quasi-sains, est du genre débridant ou incision. L'indication à remplir est :

1° La correction de l'atrésie par section pure et simple, véritable *posthetomie*.

2° Le maintien de cette correction au moyen d'une suture et de la réunion primitive en vue d'éviter la récidive par cicatrisation rétractile ou infectée. Ainsi la cure opératoire ne consiste pas seulement en une posthetomie, elle devient une « postheplastie » (Longuet).

§ 2. — *Méthodes thérapeutiques biologiques*

Deux méthodes sont en présence :

1° La méthode thérapeutique de choix : le débridement sagittal avec suture transversale et la méthode thérapeutique d'extrême exception, l'amputa-

tion ; l'une et l'autre étant exécutées suivant les principes de technique biologique (1).

§ 3. — *Indications et contre-indications*

1° Il faut traiter par débridement sagittal et suture transversale tout phimosis congénital ou acquis dès qu'il apparaît comme définitif, c'est-à-dire non susceptible de guérison spontanée. Réalisée au moment opportun sans attente trop longtemps prolongée, l'intervention est préventive de nombreuses complications comme l'étranglement dit paraphimosis. Et ces complications, exagérées d'ailleurs, car on a chargé le phimosis d'une série de méfaits dont il ne saurait être responsable, devront désormais s'observer de plus en plus rarement à mesure que l'incision sera plus tôt et plus souvent pratiquée. L'opération très simple est exécutable dans le jeune âge sans difficulté.

2° *Il faut opérer d'urgence* par la même méthode tout phimosis compliqué d'accidents non septiques, rétention d'urine, incontinence d'urine, etc, sans se soucier de la guérison spontanée possible à lointaine distance.

3° En cas d'accidents septiques, l'opération est indiquée dans le but d'éviter le retour de ces acci-

---

1. Pour les principes généraux de cette méthode voir : Chirurgie biologique : 1° fascicule. *Progrès Médical 1906.*

dents, mais on interviendra « à froid » après complète cessation du processus infectieux, sédation qui survient d'elle-même avec le temps ou qu'on favorise par quelques irrigations chaudes détersives.

Pratiqué à chaud, ce débridement est compromis dans ses résultats définitifs, la réunion par première intention demeure aléatoire. La désinfection antiseptique préliminaire est illusoire, d'effet superficiel, sans action possible sur l'infection profonde des tissus préputiaux, souvent dangereuse par ses effets toxiques généraux, ou sphacéliques locaux. S'agit-il d'un phimosis inflammatoire blennorragique il est préférable d'attendre la guérison de l'urétrite avant d'intervenir. D'ailleurs dans quelques cas récents de cystite concomitante, la cure chirurgicale fut suivie d'un fâcheux résultat. Dans le cas de phimosis par chancrelle la plaie d'incision est exposée à la contamination sur toute son étendue ; mieux vaut traiter d'abord la chancrelle, non par détersion ou irrigation préputiale réitérée, mais à sec pour n'opérer que plus tard en l'absence d'infection locale. Le phimosis par chancre syphilitique réclamerait théoriquement l'excision immédiate. Mais en pratique, jamais le chirurgien n'est appelé à intervenir en ces conditions ultra-précoces.

4° D'une manière générale, l'abstention est prudente dans le phimosis diabétique : une gangrène étendue pouvant résulter de l'incision. Toutefois l'opération est permise et utile, comme préventive de l'étranglement, lorsque le taux de sucre dans

l'urine est notablement réduit par un traitement médical longuement prolongé.

5° Faut-il opérer tous les nouveaux nés et jeunes enfants porteurs d'un prépuce en apparence exubérant? Non, pour les trois raisons suivantes :

1° Parce que la très grande majorité de ces phimosis disparaîtront spontanément vers six, huit, dix, douze ans ou vers la puberté quand le pénis et le gland prennent un rapide accroissement qui dilate ainsi fort simplement et très progressivement le limbe préputial rétréci.

2°Parce que tous les jeunes enfants sans exception se trouvant dans ce cas, tous devraient alors passer par l'intervention, ce qui nous raménerait à la pratique rituelle.

III. — Parce que la pseudo-phimosis normal peut être considéré comme un stigmate homologue de la virginité chez la femme, et sa suppression systématique à cet égard n'est pas plus indiquée que la résection systématique de l'hymen ou des petites lèvres exubérantes chez la petite fille.

§ 4. — *Préambules opératoires*

La phimotomie n'exige aucune anesthésie, vu son excessive simplicité d'exécution. Toutefois chez les pusillanimes ou chez certains enfants difficiles à maintenir il est permis de verser dans le sac préputial quelques gouttes de stovaïne à 1 o/o, ce qui trouve

surtout son indication dans les cas exceptionnels si la phimectomie devient nécessaire.

De même la phimotomie ne comporte aucun nettoyage préliminaire que les soins habituels d'hygiène comme les grands bains ou, à leur défaut, un bain local avec de l'eau chaude ou mieux bouillie, additionnée de carbonate de soude à 20 o/o à titre détersif des graisses et du magma. Mais l'importance de cette précaution n'est qu'accessoire vu que l'intervention est exécutée « à froid » en l'absence de toute période infectieuse. Or, l'idéal en chirurgie biologique est d'opérer des sections en milieu rigoureusement sec, ce qui ne s'obtient que par un essuyage à sec avec un tampon sporicidé.

Quant à l'instrumentation, elle est ici singulièrement simplifiée. Elle se résume à :

1° Une paire de ciseaux ;

2° Deux ou trois aiguillées de fil de lin et aiguilles de couturière.

3° Une pincette pour manœuvrer les aiguilles et le fil sans les toucher ;

4° Trois ou quatre morceaux de toile le tout spiricidé (1).

Pas d'aide, l'opération étant exécutée par le chirurgien seul, par conséquent à deux mains, et encore

1. Il est nécessaire que ces quelques objets soient spiricidés soit par la sporicidation par vapeur anhydre à 200 degrés sous pression modérée, soit par incandescence au moyen d'un courant électrique ou au besoin d'une simple flamme (Longuet).

les mains n'agissant que médiatement par les pincettes.

§ 5. — *Méthode opératoire de choix : l'incision muqueuse. Le débridement dorsal sagittal presque total.*

Premier Temps. — Débridement médian ou presque médian. De la pointe d'une pincette avec ou sans griffe saisissez le méat préputial en haut, au voisinage de la ligne médiane. Puis d'un coup de ciseaux encochez légèrement ce rebord cutanéo-muqueux. Ceci fait, vous poursuivez aux ciseaux la section de la seule muqueuse d'avant en arrière vers la ligne médiane dorsale (section médiane) ou à 2-4 millimètres en dehors de cette ligne médiane (section submédiane) afin d'éviter les vaisseaux dorsaux du prépuce, pendant que votre main gauche attire en arrière les téguments dorsaux de la verge saisis par un pli. Le débridement antéro-postérieur est opéré suivant la hauteur de l'angustie pendant que le retrait des téguments attirés vers le pubis découvre progressivement le gland en sa totalité. En général, une section de 1 cm. 5 donne déjà un jour très suffisant. Il est exceptionnel qu'on soit entraîné à la prolonger jusqu'au sillon balano-préputial en cas de sténose annulaire de grande hauteur. L'écoulement sanguin est insignifiant ; la suture suffit à l'arrêter.

Deuxième temps. — Suture transversale. Quand

l'incision muqueuse longitudinale est suffisante pour permettre la découverte du gland sans la moindre résistance, vous la soutenez transversalement sur le dos du pénis où elle s'étale à plat. Pour cela, 4 à 6 points séparés au fil de lin suffisent ; points séparés parce que le surjet est d'ablation douloureuse, difficile, lors de son enfouissement précoce ; points au fil de lin préférables au catgut qui provoque souvent des accidents septiques ; enfin suture et non serre-fines ou leurs dérivés ; car ces ingénieux ont le double inconvénient de gêner le malade (couronnes d'épines de Ricord) et de compromettre la réunion rapide par la pénétration dans les tissus de leurs pointes en état permanent de pression élastique véritable forci morsure à demeure, déterminant de minuscules eschares.

En cas d'adhérences balano-préputiales, libérez-les séance tenante en insinuant, une fois la fente muqueuse réalisée, les branches des ciseaux fermés dans la rainure balanique, pour les ramener vers vous d'arrière en avant. Ainsi, l'on décortique d'un seul coup toute une moitié de prépuce sans hémorragie appréciable comme en donne la dissection. L'éventualité de brièveté concomitante du frein est beaucoup plus rare qu'on ne le dit. Est-elle légère ou de moyenne intensité ? Elle est à négliger, étant sans inconvénient. Mais si elle est très prononcée, déviant le jet de l'urine ou du sperme à la manière de certains hypospadias balaniques, il convient de sectionner le frein vers la base. Pour cela,

sectionner transversalement et superficiellement l'enveloppe du frein, passer à l'aiguille deux sutures profondes superposées comprenant les vaisseaux. Entre ces fils serrés, coupez ce qui fait obstacle au redressement du gland. Enfin, enterrez ces fils profonds au-dessous de l'enveloppe du frein suturé longitudinalement.

En cas de sténose concomitante du méat, fendez ce méat d'un coup de ciseaux porté sur l'une des commissures et suturez transversalement cette section longitudinale à l'aide de 1 ou 2 points de suture muco-muqueuse.

Variantes : 1° *Woodyatt* (de Halifax) 1903, pratique deux incisions latérales de débridement, l'une à droite, l'autre à gauche,

2° *Isambert* (1899) en pratique trois, au milieu de trois segments du méat préputial repérés par trois pinces à forcipressure, laquelle a le tort à notre avis d'être cellulicide et nécrosante. D'autre part, l'unique débridement dorsal médian ou submédian a toujours suffi. La double ou la triple incision libératrice ne semble pas appelée à beaucoup d'indications.

§ 6. — *La méthode opératoire d'exception : l'excision*

Pour certains cas exceptionnels (prépuce éléphantiasique exubérant, prépuce cartilagineux, etc.) l'excision est indiquée : voici alors comment on la réalise.

Premier temps. — Les téguments péniens étant

maintenus en retrait, en traction antéro-postérieure, inciser le fourreau préputial suivant une elliptique commençant, pour y finir sur les confins du filet sans l'intéresser ; incision cutanéo-muqueuse c'est-à-dire simultanée des deux enveloppes, qui, de ces points extrêmes, remonte indiscontinue obliquement en haut, en arrière, passant par son point culminant sur le milieu du prépuce. Si l'on commence à droite du frein, l'on va ainsi sans désemparer après un tour quasi-complet jusqu'à la gauche de celui-ci, ou inversement.

Deuxième temps. — Ceci fait, vous terminez par une suture des lèvres sectionnées, au fil de lin en points séparés, temps complémentaire indispensable.

§ 7. — *Le pansement*

Une fois la plaie opératoire bien asséchée par une compresse sporicidée, sans ablution d'aucune sorte, vous enveloppez la zone balano-préputiale découverte d'une petite bague de toile appliquée circulairement bien à plat deux ou trois tours ; et par-dessus celle-ci, vous attirez assez fortement le prépuce qui maintient lui-même ce pansement léger. Lors des mictions, cette manchette annulaire est renouvelée si elle est mouillée. Les fils sont enlevés vers le cinquième jour, ainsi que tout pansement.

§ 8. — *Justification de la méthode biologique*

Il s'ouvre une discussion que nous ne saurions mieux faire que de reproduire telle qu'elle a été déjà présentée par Longuet. Les partisans de l'amputation soutiennent que celle-ci institue le traitement de choix du phimosis, au point de vue de la valeur curative, par son triple résultat curatif, esthétique et fonctionnel. L'incision débridante, disent-ils, crée une disposition disgracieuse en pied de biche, ou « oreilles de chien » quand elle est exécutée par la fente dorsale ; en « capuchon », en « casque » (Ricord) quand elle consiste en une fente latérale ou inférieure. Enfin fonctionnellement le débridement pêche en ce fait que, les lambeaux laissés en place s'œdématient, s'enflamment, s'indurent et deviennent une source de douleurs ou de gêne dans la miction ou le coït. Examinons la valeur de ces critiques.

Tout d'abord laissons de côté l'*argument curatif*. Le même but : supprimer l'obstacle, est obtenu par toutes les méthodes. Les arguments en faveur de notre procédé reposent exclusivement sur deux points : la valeur esthétique et la valeur fonctionnelle.

A. — *L'argument esthétique* est celui-ci : Les prépuces excisés ont un bel aspect, les prépuces incisés sont laids. A ce point de vue nous contestons formellement la valeur esthétique du résultat de la

posthectomie cutanéo-muqueuse subtotale à la Ravaton.

La suppression complète du prépuce crée une difformité fort disgracieuse. La peau trop courte peu à peu se renverse le fond en arrière pendant l'érection et cette incurvation atteint son paroxysme quand le frein est excisé en même temps que le phimosis.

Passons à l'*amputation cutanéo-muqueuse* partielle de Lisfranc. Son résultat morphique est loin d'être parfait même dans les meilleures réussites. Elle laisse très fréquemment un « jabot » par infiltration séro-sanguine des zones préputiales déclives. Pour atténuer la portée de cette difformité, les posthectomistes nous disent : « De ce jabot, n'ayez cure, il disparaît à la longue se dissipant progressivement. » Mais reprend Brault, « vous avancez que ce jabot est provisoire ; en réalité, il dure bien longtemps, et c'est pendant des mois que le pénis conserve sa collerette indurée ». Et puis l'on ne compte plus les cas où l'opération partielle est mal exécutée. Dès 1856, Nélaton dans ses cliniques racontait l'histoire d'un jeune sujet circoncis depuis seize jours chez qui le gland demeurait découvert. Au-dessus de sa base, on voyait un large repli muqueux, puis une surface de plusieurs centimètres entièrement dénudée et suppurante à partir du rebord muqueux jusqu'à la section cutanée. En 1885, Tillaux dans son *Anatomie topographique*, parle d'un homme dont l'extrémité du gland avait été

retranchée en même temps que le prépuce. Il en était résulté une curieuse déformation : la peau du prépuce et la muqueuse de l'urètre s'étaient soudées ensemble de telle sorte que la verge se terminait par un petit cône, au sommet duquel débouchait l'orifice très rétréci du canal.

Longuet, en 1894, observa un cas ou la peau coupée trop courte et la muqueuse coupée trop longue, s'étaient réunies à distance par une bague de tissu cicatriciel rétractile de 1 centimètre de haut sur 2 c. 1/2 de largeur. Bernheim à la Société anatomique de 1902 rapportait un fait de circoncision où la peau seule avait été réséquée, laissant à distance la muqueuse intacte. Ces fâcheux exemples, dira-t-on, plaident seulement contre l'amputation partielle en un temps « par guillotine ». Déjà, Bouisson en 1885 avait jeté sur cette dernière, comme sur tous les instruments spéciaux dits posthétomes, un certain discrédit et Brault plus récemment, déclarait avec raison qu'il est inutile de s'évertuer à vouloir couper la peau et la muqueuse d'un seul coup. Mieux vaut posthectomiser en trois ou quatre temps. Oui, mais alors l'opération devient singulièrement plus longue, plus douloureuse, et nécessite l'anesthésie générale, la locale ne pouvant être répartie sur les traits de résection multiples, différents, alternativement longitudinaux et circulaires.

Avec l'*amputation muqueuse subtotale* de Dieffenbach, l'avantage esthétique semble en faveur de la cure d'exérèse, sur le débridement. On ne saurait

nier, en effet, que la fente dorsale de J.-L. Petit laisse deux « oreilles » latérales ou pied de biche fort disgracieuses et il est évident que la fente latérale ou inférieure crée un « capuchon-casque » (Ricord). Nous savons d'ailleurs que cette posthétomie cutanéo-muqueuse est un procédé qui a été considéré par presque tous les chirurgiens comme défectueux. Mais ce qui nous fait préférer le procédé par débridement de la muqueuse avec sutures transversales à tous les autres procédés c'est qu'il ne laisse aucune difformité ; le prépuce est rectifié tout en conservant ses dimensions, on lui donne l'ampleur qui lui manque avec une forme absolument correcte pour le recouvrement du gland. Passons au deuxième argument :

B. — *L'argument fonctionnel est celui-ci.* — L'amputation donne toute satisfaction physiologique au point de vue de la miction, de l'éjaculation.

Mais ne croyons pas que cela soit juste en ce qui concerne du moins l'amputation cutéano-muqueuse subtotale à la Ravaton. Il est difficile d'être plus anti-physiologique qu'elle. Pour si effacé que soit le rôle de protection intermittente du prépuce, ce rôle n'en existe pas moins. Il est irrationnel de supprimer cet opercule. Et Felizet l'a fort bien dit : après la posthectomie radicale, le gland se kératinise, prend une sensibilité générale obtuse, perd sa sensibilité spéciale c'est-à-dire génitale, devient le siège de sensations douloureuses dues au frottement des vêtements. Fille de la précédente l'amputation par-

tielle n'hérite qu'en partie des mêmes reproches. Mais trop souvent encore le gland demeure constamment découvert après l'hémiposthectomie cutanéo-muqueuse. Que de fois l'opérateur n'avoue-t-il pas qu'il a enlevé malgré lui plus de peau qu'il ne convient pour protéger le gland ! Faut-il maintenant négliger complètement les nouveaux accid ents septiques de la circoncision observés mieux depuis le Listérisme ?

Ainsi parmi les méfaits de l'excision avoués en ces temps derniers, on vit une endocardite (Cremy)(1), des phlegmons (Leviers) (2), la gangrène du pénis (Brothers) (3) un cas de tétanos dû probablement au catgut (4). Sans parler des accidents hémorragiques, des hématomes de la verge par abrasion du gland, du frein, de la dorsale du gland.

Non, l'avantage est bien à la méthode du débridement qui fait le sujet de ce travail, car elle ne péche en ses résultats, ni par la forme, ni par la fonction.

Elle est d'un manuel opératoire beaucoup plus simple que la plus simple des excisions ; d'une durée d'exécution plus courte qu'aucune posthectomie ;

---

1. Czemy. Endocardite à la suite de la circoncision. *In Progrès médical*, 1891.

2. Levien. Sur les dangers d'une chirurgie malpropre dans la circoncision. *Ind. Méd. Ricord*, 30 janvier 1897.

3. Brothers. Un cas de gangrène après circoncision. *In med. Ricord*, 30 janvier 1897.

4. Schattock signale la pigmentation de la verge chez un nègre après la circoncision. *In London pathol.* 8ty, 1er décembre 1891, cas rapporté *In Progrès médical*, n° 26, p. 404, 30 juin 1906.

d'une rapidité de guérison (6 ou 8 jours) plus grande que les phimectomies (15 jours en moyenne). Elle confère une entière protection du gland tout en assurant sa découverte. Pas d'hémorragie à redouter ; pas de calcul compliqué à établir dans l'étendue de la section, pas d'instrumentation spéciale, une pincette, des ciseaux, des aiguilles et du fil ; pas d'anesthésie, pas de désinfection préalable.

Terminons donc cette discussion en renversant l'aphorisme par lequel elle débute, et nous dirons :

Par son triple résultat curatif, esthétique et fonctionnel, le débridement cutanéo-muqueux subtotal, submédian, constitue le traitement de choix du phimosis et l'excision une méthode d'exception dont on ne trouve indication que dans certains phimosis réellement hypertrophiés par tranformation éléphantiasique ou induration pseudo-cartilagineuse.

OBSERVATION I (Longuet, 1896. Inédite)

Phimosis congénital

H..., dix-sept ans, phimosis congénital, pertuis limbique débordant le gland, mais laissant passer le filet d'urine sans trop de gêne ; gêne de l'érection. Pas de complication phimosotiqne. Opération : 4 mars 1896. Débridement mucocutané par le procédé de l'auteur. Aucune anesthésie. Aucune préparation spéciale.

Suites : Ablation des quatre fils le sixième jour ; guérison complète. A peine un an après le gland peut être librement et facilement découvert ou recouvert.

OBSERVATION II (Longuet, 1896. Inédite)

Phimosis congénital

H..., trente-sept ans. Hernie congénitale droite et phimosis concomitant. Ce dernier marque complètement le gland et déborde en une collerette de 5 à 6 millimètres de hauteur. Aucune complication.

Opération. — Juin 1896. — Cure radicale de la hernie et en même temps débridement muco-cutané.

Suites. — Ablation des fils de la hernie et du phimosis le neuvième jour. Guérison très satisfaisante des deux affections. Il est intéressant de remarquer la coexistence de deux affections toutes deux congénitales ; et il ne semble pas qu'ici le phimosis ait causé la hernie par efforts réitérés de la miction, car il n'y avait aucune dysurie.

OBSERVATION III (Inédite)

(Longuet, 1897)

H..., vingt-cinq ans, phimosis acquis post-blennorragique. La blennorragie est guérie depuis six mois. Mais elle a laissé une tendance à la sténose après balano-posthite.

Cette sténose permet la découverte du gland sur son tiers antérieur mais menace de créer un étranglement paraphimositique si on ne débride.

Opération. — Avril 1897. — Débridement muco-cutané : trois points de suture seulement.

Suites. — Guérison et état fonctionnel très satisfaisant. A

remarquer que la cicatrice est devenue presque complètement invisible.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Longuet, 1898)

H..., quatorze ans. Phimosis congénital ; aucune complication. Variété pseudo-hypertrophique exubérante.

Opération, mars 1898. — Débridement sous-cutané ; sept points de suture. Rien de particulier.

Suites. — Guérison esthétique et fonctionnelle satisfaisante.

OBSERVATION V (Inédite)

(Longuet, 1889)

H..., dix ans. Phimosis congénital, l'enfant semble avoir quelque gène de la miction, un peu de dysurie sans rétention vésicale appréciable. Variété pseudo-hypertrophique.

Opération, juillet 1889. — Débridement muco-cutané, quatre points de suture.

Suites. — Normales ; se lève une heure après. Guérison esthétique et fonctionnelle bien que l'enfant ait enlevé tout pansement.

OBSERVATION VI (Inédite)

(Longuet, 1900)

H..., dix-neuf ans. Phimosis congénital variété pseudo-atrophique. Aucune complication.

Opération, septembre 1900. — Débridement muco-cutané, trois points de suture.

Suites. — Guérison satisfaisante mais cependant il persiste une très légère sténose, la section de la muqueuse n'ayant pas été suffisante ; mais on peut espérer que l'accomplissement se complètera plus tard et que le gland se découvrira et se recouvrira avec grande facilité.

OBSERVATION VII (Inédite)

(Longuet, 1900)

H..., vingt-trois ans, phimosis blennorragique. Nous attendons que la blennorragie soit complètement guérie et six mois plus tard on opère le phimosis peu prononcé puisqu'il laisse découvrir les deux tiers du gland.

Opération. — 1900. Débridement muco-cutané, un point de suture.

Suite. — Guérison satisfaisante.

OBSERVATION IX (Inédite)

(Longuet L., 1901)

H..., cinquante-deux ans, phimosis post-chancrelleux et hydrocèle gauche. D'après les commémoratifs, il semble que ce phimosis soit consécutif à une chancrelle car il n'existait pas avant ce chancre et d'autre part ce chancre n'a donné naissance à aucun accident ultérieur.

Opération. — Février 1901. — Transposition testiculaire et débridement avec suture, trois points de suture.

Suites. — Guérison esthétique et fonctionnelle satisfaisante.

OBSERVATION X (Inédite)

(Longuet L., 1902)

H..., vingt-trois ans. Phimosis congénital, variété pseudo-atrophique ; aucune complication.

Opération. — Juin 1902. — Débridement avec suture ; quatre points de suture.

Suites. — Guérison fonctionnelle et esthétique, a eu deux enfants depuis son opération.

CONCLUSIONS

I. — Aux procédés ordinaires que la chirurgie emploie pour la cure du phimosis, adversaire résolu des méthodes d'amputation, nous avons opposé une nouvelle opération.

II. — Cette opération, extrêmement simple à exécuter, ne nécessite qu'une instrumentation restreinte : Une paire de ciseaux, une pincette, du fil et des aiguilles. Une légère anesthésie locale suffit à la rigueur et l'opération peut se pratiquer sans le secours d'aucun aide.

III. — Elle est, à notre avis, la méthode de choix pour la cure du phimosis. Elle consiste dans le débridement cutanéo muqueux dorsal, sagittal du prépuce suivi de sutures transversales.

Ce procédé, en dehors de ses qualités de rapidité et d'exécution faciles, offre un double avantage esthétique et physiologique : il ne laisse après lui aucune difformité et il conserve le prépuce avec sa fonction protectrice du gland.

Vu : le président de la thèse,
ALBARRAN

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Ecole biologique

A. — *Débridement (Méthode de choix)*

Débridement muqueux subtotal

FRANCE

Longuet (1892). — Débridement muqueux subtotal dorsal médian et submédian. Travaux de chirurgie provenant de l'Hôpital Cochin.

Longuet (I). — Chirurgie du phimosis. In Progrès médical n° 23, 25, 26 juin 1906.

Isambert. — Cité par Longuet (posthetomie latérale) 1906.

GRANDE-BRETAGNE

Woodyatt (de Halifax). — (Posthetomie bi-latérale) The treatment of congenital phimosis. In The Lancet le 15 août 1903.

Amputation (Méthode d'exception)

Ablation cutanée muqueuse partielle

FRANCE

Longuet (L.). — Ablation cutanéo-muqueuse en un seul temps exclusivement muqueuse ou partielle, ou subtotale suivant les cas et les nécessités. In Progrès médical : Chirugie du phimosis n° 356 n° 23, 1906.

Peltre (C.). — Traitement du paraphimosis par la circoncision d'urgence. In thèse de Paris, 1899.

Garnault. — Sur la circoncision. In Bulletin de la Société d'Anthropologie de Paris, II, 105-110, 1901.

AUTRICHE

Willershoffer. — De l'existence de l'importance du traitement du phimosis chez l'enfant. In Wiener medecin, 5 février 1887.

ALLEMAGNE

Chotzen. — L'opération du phimosis, 23 juin 1894.

Schloffer. — XXVIII, 658-660. Liepzig, 1901.

Wentzel (F.). — Traitement du phimosis. In Munch med., 18 février 1902.

ITALIE

Sortino. — Opération des phimosis. In Gaz. degli. osped. le 7 mars 1897.

RUSSIE

Rojansky. — V. traitement du phimosis congénital (en russe) In med. obozz. LIX, 1903.

PAYS-BAS

Van Eysselsteyn (G.). — Phimosis congenita haer betoekins voor bet individu in de waatschappy. In nederl. Tuyoschrwoos genesk, 23 juillet 1904.

AMÉRIQUE (du Nord)

Etats-Unis

Colley-Davies. — Sur l'opération de la circoncision. In Guys Hopital report, XXXIV, p. 163, 1893.

Ruketts. — Série de 200 circoncisions. In New-York. Méd. Journal le 7 avril 1894.

Mac-Intosch. — Nouvelle méthode de circoncision. In Med. Record, le 23 mars 1894.

Taylor. — Circoncision. In med. Times. NY XVIII 291-292.

Bartholomew. — Phimosis in the newborn : In American Journal dermatology and genito-urino diseases. Saint-Louis, IV. 23-24.

Valentine. — Surgical circoncision. In amer. med. Journal Assoc. Chicago. XXXVII, 712-714, 1901.

Mark. — Circoncision. Americam Journal dermat. etc. V. 92-102, 1901

Remondino. — Circoncision and its opponents. In American Journal derm. and genito-urin. VI. 65-73 Saint-Louis, 1902.

Harlow (W. B.). — Circoncision in infancy. In med. Ricard, 26 sept. 1903.

Gehring (E. C.). — The bloodless treatement of phimosis. In Inter. med. Journal. Saint-Louis XV 670, 672. 1904.

Gundum (F.) A Nen dressing foi circoncision, etc. Un nouveau pansement pour la circoncision et l'opération du phimosis. Thérap. gaz. Ferrier, 1894.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Généralités (sur la circoncision)

EUROPE

France

Prévost. — Traitement du phimosis. Thèse de Paris, 1835.

Bouteillier. — Circoncision. In Gazette des Hôpitaux, n° 67, 1847.

Marchand. — De la circoncision au point de vue historique hygiénique, chirurgical. In thèse de Montpellier, 1855.

Nanus. — Du phimosis congénital. Thèse de Paris, 1855.

Mauriac. — Du phimosis. In Union Médicale, 1872.

Aissa Hamdy. — De la circoncision. Thèse de Montpellier, 1873.

Rizat. — Phimosis et balanoposthite. Thèse de Paris, n° 318, 1877.

Joly. — Du phimosis. In thèse de Paris, 1881.

Mallez. — Phimosis et son traitement. In Courrier médical, 1881 et 1882.

De Saint-Germain. — De la circoncision et du phimosis. Recueil mensuel des maladies de l'enfance et Dictionnaire Jaccoud, 1883.

Bouisson (F. et Mathieu). — Articles phimosis, para-phimosis et circoncision. In Dictionn. Dechambre, 1885.

Gaüillard. — Contribution à l'étude du phimosis et au traitement de quelques lésions sous-préputiales. Thèse de Paris, 1888.

Félizet. — De la circoncision : Indications, manuel opératoire. Paris, 1891.

Rekaki. — Remarques sur 30 cas de circoncision. In Bulletin de Thérapeuthique, 30 janvier 1892.

AMÉRIQUE DU SUD

Malpou.— Circoncision. Med. and surgical. Indianapolis V 315, 318, 1902.

Long : Circoncisionnew methode of treatment. Pacif. med. XLV 577, 585, 1902.

Edlé : Avantages de la circoncision. In Ludia mec. rec. XIX 56, 58, 1900.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 7

CHAPITRE I. — La pratique rituelle 11

Bibliographie 13

CHAPITRE II. — Chirurgie du phimosis d'après l'Ecole hippocratique 17

A. — Méthode opératoire de choix : la phimectomie. 17

B. — Méthode opératoire d'exception : la phimotomie 19

Bibliographie 20

CHAPITRE III. — Chirurgie du phimosis d'après l'Ecole morganienne listérisée 23

§ 1. — Conception thérapeutique mutilante 23

§ 2. — Méthode thérapeutique 24

§ 3. — Indications et contre-indications opératoires 25

§ 4. — Préambules opératoires 30

§ 5. — La méthode opératoire de choix 32

§ 6. — La méthode opératoire d'exception 49

§ 7. — Mode de pansement 53

Bibliographie 55

CHAPITRE IV. — Chirurgie du phimosis d'après l'Ecole biologique 63

§ 1. — Conception thérapeutique biologique 63

§ 2. — Méthodes thérapeutiques biologiques 65

§ 3. — Indications et contre-indications 66

§ 4. — Préambules opératoires 68

§ 5. — Méthode opératoire de choix : l'incision

muqueuse. Le débridement dorsal sagittal presque total..... 70
§ 6. — La méthode opératoire d'exception : l'excision..... 72
§ 7. — Le pansement..... 73
§ 8. — Justification de la méthode biologique.... 74
Conclusions..... 85
Bibliographie..... 86

Imp. la Faculté de Médecine Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.